

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Saúde de Beja
I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária



JUNTOS NO CUIDAR

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Saúde de Beja
I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária
JUNTOS NO CUIDAR

TRABALHO PROJETO realizado no âmbito do I MESTRADO EM
ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA, apresentado à Escola Superior
de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

ORIENTADO PELA PROFESSORA Maria Manuela Narciso Pereira,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de Beja

AUTOR: Cristina Alexandra Duarte dos Reis Francisco

Beja
2012

“A cada um, peço que se centre nas forças da vida,
na mobilização dos recursos vitais,
respeitando o indivíduo e a humanidade
para promover os cuidados e promover a vida”.

Collière, 1989

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos cuidadores informais que diariamente me inspiram e ensinam nesta arte do cuidar, exercendo-a de forma heroica àqueles que dependem de si. Um grande bem-haja a todos eles!

À Professora Maria Manuela Pereira, profundamente grata pela sua orientação e acompanhamento ao longo deste e de outros caminhos, sempre disponível e próxima.

À Coordenadora e amiga Anabela Simões, sempre presente e com quem tenho o privilégio de trabalhar, e especialmente por todo o apoio e incentivo que foram uma constante, principalmente nos momentos de fraqueza e desalento.

Ao meu marido, o grande amor da minha vida, sempre presente, agradeço a sua grande paciência para tolerar os “maus humores” e impertinência fruto da falta de tempo... Obrigada por existires na minha vida e por todo o carinho, respeito e compreensão com que diariamente me presenteias.

À minha filha, pela aceitação da minha falta de disponibilidade nalguns momentos em que solicitava a minha presença e por ser o sol da minha vida.

Ao meu pai, que lá do céu, continua a olhar por mim e a inspirar a minha vida...

À minha mãe pelo carinho, apoio incondicional e disponibilidade que sempre tem para mim e que tanto me ajudaram na concretização deste projeto.

A Deus, por me ter criado e chamado a ser enfermeira.

RESUMO

A realidade social em que vivemos, com o aumento, quer da esperança média de vida, quer da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, acarreta um acréscimo do número de prestadores de cuidados informais, papel assegurado na maioria das vezes pela família, de modo a prestar auxílio na realização das atividades de vida diárias da pessoa com dependência.

Os cuidadores informais deparam-se assim com exigências, decorrentes do processo de cuidar que englobam desde os aspetos emocionais aos instrumentais, aos quais têm de dar resposta, acarretando muitas vezes uma sobrecarga com o consequente desgaste que lhe é inerente.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, merece pela parte dos profissionais das áreas da saúde e social, nomeadamente pelos enfermeiros de saúde comunitária, uma atenção particular, pois deles dependem os utentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade. Entre outros aspetos, torna-se fundamental capacitar os cuidadores informais para o desempenho das competências que estão inerentes ao papel que assumem, de cuidar a pessoa com dependência.

Deste modo, o projeto apresentado, surge como uma estratégia de cuidar daqueles que cuidam, através de um processo educativo formal, de carácter multidisciplinar, que visa não só o aumento de competências do cuidador informal relacionadas com o saber, como também a sua integração num grupo que, tendo em comum a experiência de cuidar, promova a entreajuda, beneficiando simultaneamente de uma rede de apoio social.

Descritores: Cuidadores; Educação em Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Pacientes Domiciliares

ABSTRACT

The social reality we live in, with the increase or the average life expectancy or the prevalence of people with chronic disabling diseases, causes an increase in the number of informal carers, paper provided mostly by the family, so to assist in carrying out activities of daily living for people with addiction. Informal caregivers are faced with demands as well, under the care process that range from instrumental to the emotional aspects, which have to respond, often causing an overload with consequent wear that is inherent.

The promotion of well-being of caregivers and crisis prevention, deserves the part of professionals in the areas of health and social care, including community health nurses, special attention because users depend on them and their dependents, as well as their residence in the community. Among other things, it becomes essential to enable informal caregivers to perform the skills that are inherent to the role it assumes, caring person with addiction.

Thus, the proposed project, emerges as a strategy to care for those who care, through a formal education process, the multidisciplinary nature, which concerns not only the increase of the informal caregiver skills related to knowledge, but also their integration in group, having in common the experience of care, promote mutual aid, while benefiting from a social support network.

Descriptors: Caregivers, Health Education, Community Health Nursing, Home Patients

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	6
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	12
1 – <u>PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – “JUNTOS NO CUIDAR”</u>	15
1.1 – JUSTIFICAÇÃO	15
1.2 – OBJETIVO	21
1.3 – ENQUADRAMENTO DO TEMA	21
1.3.1 – <u>Visitação e Cuidados Domiciliários</u>	22
1.3.2 – <u>Ser Cuidador Informal</u>	23
1.3.3 – <u>Necessidades do Cuidador Informal no Processo de Cuidar</u>	25
1.3.4 – <u>Educar para a Saúde: que intervenção juntos dos cuidadores informais</u>	27
1.4 – DESENHO DO PROJETO	29
1.4.1 – <u>Diagnóstico</u>	30
1.4.1.1 – Caracterização do Concelho de Lagoa	30
1.4.1.2 – Caracterização dos Cuidadores Informais	40
1.4.1.3 – Caracterização das Pessoas Cuidadas	46
1.4.2 – <u>Âmbito</u>	52
1.4.3 – <u>Objetivos, Indicadores e Metas</u>	52
1.4.4 – <u>Seleção de Estratégias</u>	54
1.4.5 – <u>Estrutura do Projeto</u>	56
1.4.6 – <u>Estimativa de Custos</u>	58
1.4.7 – <u>Gestão do Risco</u>	59
1.4.8 – <u>Entidades/Pessoas envolvidas no Projeto (Stakeholders)</u>	59
1.5 – EXECUÇÃO DO PROJETO	62
1.5.1 – <u>Atividades Desenvolvidas/Em Desenvolvimento</u>	62
1.5.2 – <u>Atividades a Desenvolver</u>	72
1.6 – AVALIAÇÃO	73
2 – <u>LIMITAÇÕES</u>	74
3 – <u>QUESTÕES ÉTICAS</u>	76
4 – <u>IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA</u>	77
5 – <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	80
6 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	82

ANEXOS -----	87
Anexo I – Índice de Katz -----	88
Anexo II – Diagrama de Gantt -----	90
Anexo III – Documento entregue ao ACES do Algarve II – Barlavento -----	94
Anexo IV – Modelo do Plano da Sessão de Educação para a Saúde -----	98
Anexo V – Cartaz para Divulgação do Projeto “Juntos no Cuidar” -----	100
Anexo VI – Folha de Rosto para Pastas -----	102
Anexo VII – Convocatória para o Projeto “Juntos no Cuidar” -----	105
Anexo VIII – Registo de Assiduidade nas Sessões de Educação para a Saúde -----	107
Anexo IX – Certificado de Participação nas Sessões de Educação para a Saúde -----	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Região do Algarve com limite de Concelhos-----	31
Figura 2 – Concelho de Lagoa com limite de Freguesias-----	31
Figura 3 – Estrutura do Projeto – WBS-----	57
Figura 4 – Instrumento para Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde-----	67
Figura 5 – Logótipo do Projeto de Intervenção Comunitária “Juntos no Cuidar” -----	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia e Território -----	31
Quadro 2 – População Residente segundo Grupo Etário e Sexo no Concelho de Lagoa ----	33
Quadro 3 – Indicadores de População do Concelho de Lagoa e Região do Algarve -----	34
Quadro 4 – População Residente Ativa por Freguesia -----	36
Quadro 5 – Taxa de Atividade segundo o Sexo no Concelho de Lagoa -----	36
Quadro 6 – Total de Desempregados do Concelho de Lagoa inscritos no Centro de Emprego e Formação Profissional de Portimão -----	38
Quadro 7 – Instituições Particulares de Solidariedade Social com Valências para Idosos por Freguesia -----	39
Quadro 8 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Grupo Etário e Género-----	41
Quadro 9 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Estado Civil-----	42
Quadro 10 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Freguesias -----	42
Quadro 11 – Motivação dos Cuidadores Informais para o Cuidar -----	45
Quadro 12 – Principais Dificuldades Sentidas Enquanto Cuidador -----	45
Quadro 13 – Fatores Causadores de Stress Enquanto Cuidador -----	46
Quadro 14 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Grupo Etário e Género na ECCI Lagoa e no global das tipologias da RNCCI em 2011-----	47
Quadro 15 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Índice de Katz-----	50
Quadro 16 – Distribuição da Pessoa Cuidada segundo o Diagnóstico Principal -----	51
Quadro 17 – Estratégias para os Objetivos Operacionais -----	55
Quadro 18 – Estimativa de Custos -----	58
Quadro 19 – Controlo do Risco -----	59
Quadro 20 – Plano das Sessões de Educação para a Saúde -----	66
Quadro 21 – Distribuição das Sessões de Educação para a Saúde pelas Freguesias do Concelho de Lagoa -----	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Densidade Populacional da Região do Algarve e do Concelho de Lagoa -----	32
Gráfico 2 – Densidade Populacional por Freguesia -----	33
Gráfico 3 – Distribuição da População por Grupo Etário e Sexo no Concelho de Lagoa -----	34
Gráfico 4 – População residente no Concelho de Lagoa segundo o Nível de Instrução -----	35
Gráfico 5 – Distribuição da População do Concelho de Lagoa segundo os Setores de Atividade -----	37
Gráfico 6 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Grau de Escolaridade -----	43
Gráfico 7 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo a Situação Profissional-----	43
Gráfico 8 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo o Parentesco com a Pessoa Cuidada -----	44
Gráfico 9 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo a Coabitação com a Pessoa Cuidada -----	44
Gráfico 10 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Estado Civil-----	48
Gráfico 11 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Anos de Escolaridade -----	48
Gráfico 12 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Situação de Convivência-----	49
Gráfico 13 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Proveniência de Apoio Recebido-----	49
Gráfico 14 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Tipo de Apoio -----	50

0 - INTRODUÇÃO

Assistimos atualmente ao envelhecimento da população Portuguesa, onde o número de pessoas com doença crónica incapacitante e dependente no seio familiar, predominantemente dependentes de uma 3ª pessoa, têm vindo a aumentar. O último recenseamento da população Portuguesa decorrido em 2011, acentua esta realidade constatando-se que 19% da população possui 65 ou mais anos, e o país apresenta um índice de envelhecimento de 129, o que se traduz num predomínio da população idosa face à jovem, ou seja, existem mais 29 idosos por cada 100 pessoas dos 0 aos 14 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Este envelhecimento populacional constitui um desafio para a sociedade na medida em que, subjacente a ele, se encontram aspetos de perda de autonomia e dependência, que acarretam necessidades profundas de reorganização sociopolítica, particularmente dirigidas aos sistemas de saúde e proteção social.

É neste sentido que se encontra a reforma dos cuidados de saúde primários, decorrida nos últimos anos no nosso país, da qual se destaca a criação e implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), resultante de uma articulação conjunta entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, e que assenta num modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados apresenta várias tipologias de prestação de cuidados, encontrando-se entre elas, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que constituem uma resposta domiciliária para todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontram numa situação de dependência, e que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa (Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

O domicílio considerado como local de eleição para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, acarreta uma responsabilização das famílias/cuidadores informais pela sua prestação, só possível mediante a aquisição de competências específicas para os cuidados a desempenhar. Para tal, torna-se indispensável o apoio por parte de profissionais das áreas da saúde e social, na capacitação e auxílio daqueles que cuidam num momento delicado das suas vidas, pois qualquer que seja a doença, é sempre geradora de uma situação de crise, causadora de stress que produz efeitos tanto naqueles que a possuem como nos que assumiram a tarefa de cuidar.

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é realçada a importância dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra doenças crónicas e incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 1986). Tendo em conta que a permanência da pessoa dependente no domicílio provém do empoderamento dos cuidadores informais, torna-se indispensável a criação precoce de uma articulação eficaz entre cuidadores formais e informais, que na sua complementaridade concorram para a satisfação das necessidades tanto daquele que é cuidado, como daquele que cuida.

Através da nossa atividade numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Algarve II – Barlavento, Unidade Funcional de Lagoa, foi possível identificar necessidades apresentadas pelos cuidadores informais dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, relacionadas com a aprendizagem de habilidades para a consecução da tarefa de cuidar, bem como de apoio social e psicológico. Deparados com esta situação, surgiu a indispensabilidade de se planear uma intervenção em saúde junto deste grupo da comunidade, no sentido da sua capacitação para a tarefa de cuidar, diminuindo o stress inerente às funções que desempenham e aumentando a sua autoestima.

É neste sentido que surge o projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar” exposto no presente relatório, com vista a dar resposta ao problema identificado, corroborando Tavares (1990) ao referir que “Em saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas”(p. 29). Para a consecução do planeamento em saúde há que seguir as seguintes etapas: elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer prioridades em saúde e formular objetivos e estratégias face às mesmas, estabelecer programas e projetos de intervenção e respetiva avaliação.

O presente projeto irá intervir juntos dos cuidadores informais dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e que recebem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa no domicílio, ao nível da educação e promoção da saúde, dispondo de uma equipa multidisciplinar, que abordará os seguintes temas: Ser Cuidador; Promoção da Autonomia; Sobrecarga Emocional do Cuidador Informal; Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente; Apoios Sociais na Comunidade e Bem-Estar Físico. Este programa foi elaborado conjuntamente com os cuidadores informais, tendo por base a caracterização deste grupo, realizada previamente. Deste modo, o referido projeto de intervenção comunitária pretende implementar um modelo de intervenção de suporte e

educação para a saúde, com vertentes das áreas da saúde e social aos cuidadores informais dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, com o objetivo de cuidar de quem cuida, minorando o desgaste físico e emocional que advém do processo de cuidar.

O projeto será replicado em todas as freguesias do concelho, dando-se início na freguesia de Ferragudo, por apresentar o maior número de cuidadores informais à data da realização do diagnóstico. As sessões decorrerão semanalmente, às quintas-feiras, com a duração máxima de 1h30.

Com o presente relatório pretendemos apresentar o projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar”, justificando a pertinência da sua implementação e explicitando-o nas suas várias componentes e etapas tendo por base a metodologia da Gestão de Projetos e de Programas em Saúde. Seguir-se-ão algumas considerações finais, referentes à concretização do projeto, e seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde na população por ele abrangida.

1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – “JUNTOS NO CUIDAR”

O projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar” constitui uma das atividades desenvolvidas no âmbito do programa – Equipa de Cuidados Continuados Integrados, inserido no Plano de Atividades 2011-2013 da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, com sede na Unidade Funcional de Lagoa (Centro de Saúde de Lagoa). Tal assenta no referido por Imperatori & Giraldes (1992) ao definirem que um “Projeto é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (p. 129).

Pelo facto de trabalharmos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa permite-nos um contacto diário com os cuidadores informais e desta forma apercebemo-nos que estes se confrontam com dificuldades e apresentam necessidades que não podem ser ignoradas por nós, enfermeiros de saúde comunitária. Neste sentido, torna-se imperioso concertar esforços para que, juntos no cuidar, se potenciem ganhos em saúde quer naqueles que cuidam, quer naqueles que são cuidados.

Assim sendo, a população alvo do projeto é constituída pelos cuidadores informais de utentes com dependência, integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

Intitulou-se o projeto de “Juntos no Cuidar”, pois pretendemos evidenciar a importância da parceria que deve existir entre os Cuidadores Informais e os Cuidadores Formais, no processo de cuidar desenvolvido em contexto comunitário. Neste sentido, vimos enfatizar que juntos podemos cuidar mais e melhor, ao mesmo tempo que quem cuida se sente igualmente cuidado.

1.1 – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Nos últimos anos temos assistido a grandes reformas no setor da saúde, das quais salientamos a reorganização dos cuidados de saúde primários, devendo os centros de saúde constituir “o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde” (Portugal, Ministério da Saúde, 2008, p. 1182). Para tal, em 2006, o Ministério da Saúde cria o Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários com o intuito de criar os instrumentos legais e

operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos cuidados de saúde primários, estabelecendo linhas de ação prioritárias para o seu desenvolvimento. Entre elas, destacamos a área prioritária designada por: Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade, onde está contemplado o incentivo aos cuidados de saúde no domicílio.

Também a Organização Mundial de Saúde (1998), na Política de Saúde para Todos no Séc. XXI (meta 15) sublinha a necessidade de dar um “ênfase muito mais forte nos cuidados primários [...] que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio” (p. 23).

Desde há muito que a concentração no hospital da prestação de cuidados, que não carecem de diferenciação, tem dado mostras da sua ineficácia, levando à sobrelotação e pondo inclusivamente em risco a sustentabilidade financeira do serviço hospitalar. Isto torna-se ainda mais inquietante, se tivermos em conta a realidade demográfica de Portugal, caracterizada pelo envelhecimento populacional, com todos os seus fatores inerentes, tais como: índice de dependência dos idosos, diminuição da funcionalidade, aumento da prevalência de doenças crónicas e acréscimo da necessidade de cuidados, sendo expectável de acordo com projeção realizada por Gonçalves & Carrilho (citado em Relatório de Primavera, 2011), que a percentagem de idosos em 2050 ronde os 32%.

É nesta linha de pensamento que o Conselho Internacional de Enfermeiros (2008) se encontra, ao afirmar que se tornou “cada vez mais evidente que uma abordagem baseada no hospital, curativa, dos serviços de saúde não pode satisfazer as necessidades de saúde das populações” (p.2). Já em 1998, no documento Saúde um Compromisso – a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002), era referido que “A procura de respostas mais humanizadas e com custos financeiros aceitáveis tem estimulado, internacionalmente, a procura de alternativas à hospitalização tradicional” (Portugal, Ministério da Saúde, 1998, p.77).

Torna-se assim imperativo fomentar a mudança para um modelo salutogénico, centrado nos cuidados à comunidade, assumindo os centros de saúde as suas “importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Portugal, Ministério da Saúde, 2008, p.1182).

Desde 2006, com a criação de um modelo de intervenção comunitária articulado da saúde e da segurança social, denominado Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tem-se vindo a contribuir para esta mudança de paradigma, fomentando e apoiando a prestação de cuidados em contexto domiciliário. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados procura dar resposta às carências de cuidados, subseqüentes do aumento da

prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com polipatologias crónicas e de pessoas com doenças incuráveis em estado avançado, bem como em fase de fim de vida, independentemente da idade, encontrando-se em situação de dependência (Portugal, Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Constitui assim uma resposta que se encontra num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar, na vertente de cuidados preventivos, de recuperação e paliativos.

Recuando mais de uma década, em 1998, o Ministério da Saúde considerava que era “mais satisfatório para o cidadão ter cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação no domicílio” assumindo estar “em curso a reativação progressiva, sobretudo a partir dos centros de saúde, de assistência domiciliária, médica e de enfermagem” (p.77).

Quanto à tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, esta inclui unidades de internamento e de ambulatório, bem como equipas hospitalares e domiciliárias. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados procuram dar resposta a um dos objetivos específicos da rede, que consiste em manter no domicílio as pessoas que apresentam perda ou apenas risco de perder a sua funcionalidade, providenciando cuidados terapêuticos e o apoio social domiciliários, garantindo o conforto e qualidade de vida do utente (Portugal, Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). De referir ainda que as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, operacionalizam-se nas Unidades de Cuidados na Comunidade, constituindo um dos seus programas e são compostas por uma equipa multidisciplinar onde se incluem os seguintes perfis profissionais: Assistente social; Assistente Operacional; Enfermeiro; Fisioterapeuta e Médico.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, dotados de autonomia administrativa, foram criados em 2008 através da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º28/2008, de 22 de Fevereiro, e são constituídos por várias unidades funcionais, entre as quais se encontra a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A Unidade de Cuidados na Comunidade trabalha no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional, em estreita articulação com as demais equipas funcionais e “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, [...] e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Portugal, Ministério da Saúde, 2008, p. 1184).

Destaca-se o referido na alínea d) do artigo 9.º do Despacho n.º 10143/2009, em que considera como uma das atividades prioritárias da carteira de serviços da Unidade de Cuidados na Comunidade, o planeamento e implementação de “Projetos de intervenção domiciliária

com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam: (...) Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais” (Portugal, Ministério da Saúde, 2009, p. 15440). Este é sem dúvida o pilar onde assenta o projeto apresentado, que se insere no plano de atividades da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa para o triénio 2011-2013, constituindo uma das atividades a desenvolver pelo programa da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, pertencente à referida Unidade de Cuidados na Comunidade.

Torna-se fundamental sublinhar que a permanência de pessoas com dependência no seu domicílio e deste modo na comunidade, só é possível com o assumir por parte dos cuidadores informais a nobre tarefa de cuidar. Este aspeto é de tal forma relevante, que se encontra entre os vários critérios para admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados um que refere explicitamente, ser condição existir cuidador informal no domicílio do utente. Por cuidador informal entende-se todo aquele que presta cuidados a pessoas dependentes, e que não é recompensado economicamente pelo auxílio que fornece, podendo existir laços familiares, de amizade, de vizinhança ou outros, com a pessoa cuidada (Lage, 2005). Reconhecer e promover a complementaridade nos cuidados prestados pelos cuidadores formais e informais, que de acordo com as competências de cada um, tornam possível o cuidar em contexto domiciliário, é fundamental tendo em conta a realidade demográfica do nosso país em que 19% da população tem 65 e mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2011), com o fator dependência que surge paralelamente a esta realidade do envelhecimento populacional.

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, é realçada a importância dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra doenças crónicas e incapacitantes (Organização Mundial de Saúde, 1986). Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida já em 1969 pela Organização Mundial da Saúde (citado em Dias, Duque, Silva & Durá, 2004) como

uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (p. 463).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ao apresentar as Estratégias Para Obter Mais Saúde Para Todos – Abordagem centrada na família e no ciclo de vida, referindo-se especificamente ao Envelhecimento Ativo, defende que um dos “Settings a privilegiar, nesta fase do ciclo de vida, incluem: a família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 35).

Esta necessidade de formação junto da família, vem reforçada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, definindo, entre outras, a seguinte recomendação para a ação:

Informar a população idosa e famílias sobre: a) utilização correcta dos recursos necessários à saúde; b) abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e socio-familiares; c) abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico; d) abordagem da incontinência; e) promoção e recuperação da saúde oral; f) prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação; g) prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência (Direção Geral da Saúde, 2006, pp. 18-19).

Esta ênfase dada à componente formativa, da família/cuidador, não deve ser encarado como um mero e redutor processo formativo, uma vez que o que se pretende é uma intervenção educativa, no sentido de capacitar os cuidadores para o processo de cuidar. Desta forma, os profissionais devem atender a várias componentes da díade pessoa dependente-cuidador informal, designadamente: cognitiva; afetiva; psicomotora e espiritual de ambos, não esquecendo o ambiente em que estão inseridos. Spacapan & Oskamp (citado em Dias et al., 2004), afirmam que “as estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de atuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções diretas e pessoais” (p. 466). No projeto que aqui se descreve, estamos perante uma atuação em grupo de educação para a saúde, onde os cuidadores informais são convidados a sair do ambiente da prestação de cuidados, ou seja o domicílio e assim poderem partilhar experiências com outras pessoas, tendo todos em comum a prestação de cuidados a pessoas com dependência em contexto domiciliário.

Os enfermeiros, sendo os profissionais de saúde que mais próximos estão dos cuidadores informais, decorrente da sua prestação de cuidados no domicílio, são muitas vezes o primeiro recurso quando surgem necessidades no processo de cuidar. Neste âmbito destacamos como uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, nomeadamente, que este contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, na medida em que “Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 28).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros ao pronunciar-se acerca das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, refere que devem

conceber, executar e avaliar estratégias educativas com vista à capacitação da pessoa e das comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania, ajudando as pessoas e as famílias a vivenciar os processos de transição e os acontecimentos de vida não normativos e ajudando grupos vulneráveis e de risco, como os idosos dependentes, na consecução de ganhos em saúde e na melhoria da qualidade de vida (2009, p. 25).

Neste sentido, também se encontra na alínea e) do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, como um dos objetivos específicos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, “O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados” (Portugal, Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006, p. 3858). É referido ainda, na alínea d) do artigo 28.º, no que se refere especificamente à Equipa de Cuidados Continuados Integrados, que sendo multidisciplinar, deve assegurar entre outros serviços: “Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores” (Portugal, Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006, p. 3862).

Estas diretrizes são corroboradas pelos dados apresentados no Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, referente ao 1º semestre do ano de 2011, onde salienta como principal motivo de referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados o “Ensino utente/Cuidador informal” que representa 73% das referenciações, surgindo em seguida com 70% a “Dependência de atividades da vida diárias”. Quando analisados os motivos de referenciação para a Rede de Cuidados Continuados Integrados ao nível nacional, incluindo todas as suas tipologias, surge primeiramente com 67% a “Dependência de atividades da vida diárias”, logo seguido de “Ensino utente/Cuidador informal” com 64%, o que vem reforçar a sua relevância.

Tanto os cuidados de saúde primários como os cuidados de saúde diferenciados, necessitam olhar para os cuidadores informais numa ótica de parceiros no cuidar, valorizando-os e acompanhando o seu trabalho no domicílio, nas suas vertentes relacional e formativa. O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, referente ao ano de 2011, apresenta como fruto da análise da sustentabilidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a necessidade de se introduzirem algumas medidas corretivas com vista ao incremento da sua eficiência e eficácia, das quais destacamos a seguinte: “Equacionar uma maior participação dos cuidadores informais” (p.19). Com o presente projeto procuramos assim ir ao encontro desta medida, pois ao promovermos a capacitação dos cuidadores informais, contribuímos para o seu empoderamento com a consequente autonomia e responsabilização no processo de cuidar daqueles que lhes estão confiados.

Assim sendo, a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, merece pela parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem as

peçoas a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade. Entre outros aspetos, torna-se fundamental fornecer informação e formação aos familiares/cuidadores informais, que lhes permita implementar os cuidados às pessoas dependentes em contexto domiciliário.

1.2 – OBJETIVO

A fixação de objetivos é fundamental na metodologia de projeto, pois a sua determinação visa dar resposta às necessidades em saúde identificadas, as quais justificam a elaboração do projeto. Imperatori & Giraldes (1982) definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema” (p. 79). Para tal, obedecendo a determinados critérios estruturais, tais como: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade (Tavares, 1990) fixámos o seguinte objetivo:

Objetivo geral: Promover a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa com dependência, em contexto domiciliário, dos utentes integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

A conduta dos profissionais de saúde comunitária, pertencentes a um sistema de saúde, deve ser orientada no sentido de ajudar e apoiar os cuidadores informais de pessoas com dependência, a encontrarem um equilíbrio que lhes permita superar as alterações implantadas e consecutivamente, favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente, garantindo o sucesso desta nova forma de viver.

1.3 – ENQUADRAMENTO DO TEMA

Embora o cuidar seja transversal a todo o ciclo de vida, é sobretudo na infância e na velhice que este assume uma maior expressão, devido à dependência para a realização das atividades de vida diárias presente nestes estádios. Logo, ao cuidador informal é atribuída a responsabilidade da satisfação de tais necessidades, acarretando muitas vezes desgaste físico e emocional, que interferem na sua saúde, podendo com a continuidade dos cuidados conduzir a uma fase de exaustão e impossibilidade em continuar o processo de cuidar, pondo em causa a permanência da pessoa dependente no domicílio.

Enquanto enfermeiros de saúde comunitária, consideramos o domicílio como o lugar de excelência, quando reunidas as condições básicas de higiene e conforto, para se continuar a viver quando uma situação de doença crónica coloca a pessoa numa situação de dependência para a realização das suas atividades de vida diárias. Mas tal só se torna possível, com a presença de cuidadores informais, que à semelhança da pessoa cuidada também têm de se sentir cuidados e apoiados pela comunidade onde estão inseridos, nomeadamente pelas instituições de saúde, sociais e municipais.

O projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar” assume-se assim como uma ação cuidativa relativamente aos cuidadores informais de pessoas com dependência. Daí que com a sua implementação seja esperado alcançar ganhos em saúde, tanto na população alvo deste projeto, como naqueles que recebem os seus cuidados, através de uma vivência positiva desta experiência de cuidar.

Cuidar segundo Collière (1989), significa manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, sendo diversificadas na sua manifestação. O local onde ocorre o cuidado pode ser diversificado, muito embora, neste projeto em concreto nos centremos especificamente nos cuidados prestados em contexto domiciliário.

1.3.1 – Visitação e Cuidados Domiciliários

Para Stanhope & Lancaster (1999), os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde. Deste modo, os cuidados domiciliários devem ser planeados, coordenados e adequados às necessidades do utente e do respetivo suporte familiar, por profissionais capazes e preparados para tal. Sorensen & Luckmann (1998) chegam a afirmar que “a enfermagem no domicílio é de âmbito global, isto é, centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer o cuidado, como na família ou no sistema de suporte” (p. 494).

Temos então que distinguir cuidados domiciliários de visitação domiciliária, pois embora sejam conceitos interligados, eles são distintos. Como nos refere Resende (2006),

visita domiciliária pode ser definida como uma actividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das diferentes estratégias de intervenção na prestação de cuidados. Por sua vez, os cuidados domiciliários podem ser definidos como serviços prestados ao indivíduo e respectiva família na sua própria habitação, sendo que o prestador de cuidados domiciliários é uma pessoa ou instituição que presta cuidados no domicílio (p. 1).

Ainda no reforço desta ideia, Ribeiro (citado em Lacerda, Giacomozzi, Oliniski, & Truppel 2006) “considera que, visitação domiciliária é um contacto pontual para orientação e

colheita de informações, sendo desenvolvidas ações de orientação, educação e levantamento de possíveis soluções de saúde” (p.93).

Deste modo, deve entender-se que visitação domiciliária é muito mais do que um lugar alternativo para a prestação de cuidados, é uma modalidade de intervenção que como tal necessitará de um planeamento cuidadoso e sistemático. Nesta modalidade de intervenção os enfermeiros devem estar devidamente preparados, munidos não só de competências técnicas, mas também de competências de comunicação, relacionamento, rentabilização de tempos, espaços e trabalho de equipa com familiares e outros profissionais, tudo isto enquadrado no código deontológico que facilita uma relação ética, respeitando e potenciando a autonomia de cada pessoa (Resende, 2006). Entende-se assim que a visita domiciliária e os cuidados domiciliários tiveram que passar por um intenso processo de reflexão, de desenvolvimento e amadurecimento, caracterizando-se pela identificação de objetivos e de especificação, até adquirirem o significado que detêm atualmente.

A visitação domiciliária proporciona assistência, tendo um objetivo eminentemente educativo, pois permite orientar, educar e fornecer meios para que o indivíduo, a família e a comunidade tenham condições de se tornarem independentes. A eficácia de prestar grande parte dos cuidados de promoção da saúde desta forma, tem vantagens que incluem: a conveniência para o indivíduo, o controlo que este tem sobre o ambiente, a capacidade para individualizar os serviços, um ambiente natural de menor tensão para a exposição de preocupações e necessidades e por último, mas de grande importância, também a visualização do contexto de vida do indivíduo/família/comunidade.

Se tivermos presente que nenhuma profissão, nenhum conjunto de profissionais tem motivo e/ou razão de existir, se não puder justificar a prestação de um serviço necessário à população e ao mesmo tempo dar provas e testemunhos da sua capacidade para o prestar, independentemente do local ou espaço onde os mesmos sejam realizados e prestados (Colliére, 1989), verificamos que a visitação domiciliária é a expressão e cumprimento de um serviço indispensável, fundamental e necessário.

1.3.2 – Ser Cuidador Informal

Quando se fala em cuidados no domicílio, nomeadamente a pessoas com dependência, está subjacente a presença de um ou mais cuidadores informais. Por Cuidador Informal é entendido todo aquele que presta cuidados a pessoas dependentes, e que não é recompensado economicamente pelo auxílio que fornece, podendo existir laços familiares, de

amizade, de vizinhança ou outros, com a pessoa cuidada (Lage, 2005). Dentro destes prestadores de cuidados, podem diferenciar-se dois tipos, de acordo com o cuidado que prestam: cuidadores primários ou principais e cuidadores secundários. É considerado cuidador principal, aquele que realiza mais de metade das tarefas inerentes ao processo de cuidar (Martín, 2005).

Ao cuidador informal cabe assim a responsabilidade do ato de cuidar, que segundo afirma Collière (1989) “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita e atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (p.27). A necessidade de ser cuidado, sendo transversal a todo o ser humano ao longo do seu ciclo vital, apresenta uma maior expressão no grupo das crianças e dos idosos, devido à necessidade que apresentam de auxílio na realização das suas atividades de vida diárias. Cuidar reveste-se assim de uma dinâmica entre a pessoa que cuida e aquele que é cuidado, desenvolvendo um processo de cuidar, ou seja, a forma como ocorre o cuidado, que se quer personalizado e individualizado.

Relativamente ao perfil do cuidador informal verifica-se o defendido por Martins, Ribeiro & Garret (2003) ao afirmarem que

apesar das alterações nas funções e estruturas familiares registadas nas últimas décadas, continuam a ser, na maioria dos casos, os familiares directos do sexo feminino que maioritariamente apoiam estes doentes, desempenhando assim o papel de cuidadores informais (p. 132).

Esta predominância das mulheres associada ao cuidado informal, acarreta em muitos casos uma sobrecarga física e emocional, uma vez que atualmente as mulheres encontram-se ativas no mundo laboral, tal como os homens, contrariamente ao que acontecia no passado. Para além disto, verifica-se ainda que muitas das tarefas relacionadas com a organização doméstica e educação dos filhos, continuam a estar muito a seu cargo, tornando-as assim mais vulneráveis a situações de fadiga e stress.

Sempre que surge um estado de doença, tanto o doente como a família se deparam com a obrigatoriedade de se reorganizarem, nomeadamente no que diz respeito à definição das relações, obrigações e capacidades, pois tal como afirmam Martins, Ribeiro & Garret (2003) “qualquer doença, é sempre uma situação de crise, um acontecimento stressor, que produz efeitos no doente e na família” (p. 132). Assim, quando o cuidador se depara com a incapacidade em responder às exigências inerentes ao processo de cuidar, fica perante uma situação de stress que terá repercussões no cuidador e naquele que é cuidado. De acordo com Devi & Almazán (2002), os cuidadores informais reconhecem como fatores de stress, os seguintes:

- Cuidados diretos, contínuos, intensos e necessidade de constante vigilância;
- Falta de conhecimento ou de informação para desempenhar os cuidados;
- Sobrecarga de trabalho;
- Conflitos familiares relacionados com a falta de ajuda e não reconhecimento do seu esforço;
- Dificuldade em adaptar as exigências do cuidar aos recursos disponíveis.

É comum escutar-se da parte dos cuidadores informais que se encontram numa tarefa solitária, onde a presença de amigos e familiares se torna cada vez menor à medida que o cuidar se prolonga no tempo. Assim sendo, de modo a dar resposta adequada a esta situação de crise, quer ao nível da prestação de cuidados ao utente, quer ao nível da adaptação da vida do cuidador a esta nova função, emerge como necessidade a aquisição e desenvolvimento de competências que contribuam para uma vivência positiva do ato de cuidar.

A enfermagem de saúde comunitária é deste modo convidada a intervir junto deste grupo alvo, que são os cuidadores informais, valorizando-os e empoderando-os numa relação de parceria no cuidar de pessoas com dependência, uma vez que durante o processo de cuidar se deparam com necessidades que têm de ser atendidas.

1.3.3 – Necessidades do Cuidador Informal no Processo de Cuidar

Quando se fala em necessidades, não se pode ignorar o fator subjetividade, na medida em que cada pessoa tem desejos e pretensões diferentes, atribuindo um significado individual àquilo que valoriza.

De acordo com Lage (2005) “O processo de cuidar é habitualmente um processo complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente em termos da sua saúde mental.” (p.210). Daí que nunca nos possamos esquecer que o cuidador enquanto pessoa que é, tem necessidades que devem ser satisfeitas, numa perspetiva holística, com vista a atingir o seu bem-estar.

O cuidador informal depara-se assim com necessidades das quais se destacam, segundo Quaresma (1996), as seguintes:

- Situação financeira, devido aos encargos com a pessoa cuidada;
- Ajudas técnicas que permitam maior autonomia da pessoa dependente, facilitando a ajuda do prestador de cuidados;
- Proteção, assistência e apoio social;

- Apoios comunitários, facilitando o acesso à informação e serviços disponíveis;
- Disponibilidade de tempo;
- Estar acompanhado, conviver e ser apoiado ao nível psicossocial;
- Formação que permita uma ajuda mais adequada à pessoa cuidada.

Na prática, deparamo-nos muitas vezes com cuidadores que com o passar do tempo se vão esquecendo de si mesmos, negligenciando as suas necessidades, pois focalizam na pessoa cuidada, toda a sua atenção e dedicação. Este aspeto conduz muitas vezes a situações de exaustão, acompanhadas de baixa autoestima e depressão, verificando-se isolamento social, com inclusiva repulsa em realizar atividades de lazer ou cuidados com a imagem corporal.

Segundo Moreira (2001), num estudo que desenvolveu com cuidadores de pessoas em fim de vida, detetou que existe por parte dos cuidadores informais dificuldade em solicitar ajuda junto dos profissionais de saúde, sentindo como indispensável que estes avaliassem as suas necessidades.

Muitas vezes, esta falta de apoio sentido pelos cuidadores para os ajudar a suprir as necessidades que sentem, pode conduzir à não aceitação da pessoa dependente em casa, procurando os cuidadores institucionalizarem-na como resposta às suas dificuldades (Cerqueira, 2005).

Negligenciar as necessidades / dificuldades dos cuidadores informais é sinónimo de comprometer a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com o defendido por Gonçalves, Alvarez & Santos (2000) que associam a falta de formação e capacitação do cuidador à ocorrência de graves problemas, tais como: intromissão na dinâmica da família; assistência não sistematizada; comportamento dependente e maus tratos à pessoa cuidada.

O cuidador informal, hoje mais do que nunca, tem de ser valorizado e devidamente apoiado pelos serviços formais de apoio domiciliário, pois dele depende a continuidade da pessoa dependente no domicílio, que constitui o local de excelência, sempre que possível, para a prestação de cuidados. Logo, o apoio familiar torna-se indispensável, quando se pretende promover a saúde e bem-estar dos cuidadores informais (na sua maioria familiares da pessoa cuidada), sendo necessário integrar vários setores sociais, para responder de forma holística às necessidades dos cuidadores, uma vez que a resposta única do setor da saúde há muito que se revela manifestamente insuficiente, face às necessidades por eles apresentadas.

1.3.4 – Educar para a Saúde: que intervenção junto dos cuidadores informais

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, definiu promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p. 1). Foram ainda, identificadas áreas de ação para a Promoção da Saúde, tais como: Construir políticas públicas saudáveis; Criar ambientes de suporte à saúde; Desenvolver capacidades pessoais e Reorientar os serviços de saúde. Isto implica orientar a ação para uma estratégia de futuro e para que estas ações possam ser cumpridas, é necessário o compromisso de todos os intervenientes na Promoção da Saúde, com a envolvimento de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais de base governamental ou não governamental.

Como nos refere Dias et al. (2004), o conceito de Promoção da Saúde é um conceito relacionado com a saúde, logo mais amplo do que o da prevenção, uma vez que implica não só a proteção e manutenção da saúde como também a sua promoção, efetuado através da adoção de comportamentos saudáveis e também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas. Desta forma, saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver, entendendo-se saúde como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais bem como as capacidades físicas a fim de promover a saúde de cada um. Uma vez que esta não é uma tarefa fácil, obviamente não pode ficar apenas dependente do trabalho dos profissionais de saúde, criando a necessidade da envolvimento e responsabilidade pessoal.

Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida já em 1969 pela Organização Mundial da Saúde (citado em Dias et al., 2004) como

uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (p. 463).

A educação para a saúde é pois uma das estratégias de atuação, um instrumento para alcançar os objetivos da promoção da saúde. As políticas de promoção da saúde envolvem por isso a implementação estratégica de programas de educação para a saúde. Sendo que, como nos diz Spacapan & Oskamp (citado em Dias, 2004), “as estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de actuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções directas e pessoais” (p. 466).

A educação para a saúde é fundamental na prática diária dos enfermeiros. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde requer que os utentes tenham conhecimentos relacionados com a sua saúde, possibilitando desta forma que tomem decisões mais conscientes e lidem de forma mais eficaz com a saúde e estilos de vida, assumindo uma maior responsabilidade pessoal. Numa era de crescimento de custos relacionados com a saúde, como atualmente, o aumento da colaboração entre prestadores de serviços de saúde e consumidores é cada vez mais encorajada bem como a partilha de responsabilidades.

Ao proceder-se à educação, pretende-se aumentar as capacidades do indivíduo e assim sendo, devemos ter sempre presente que devido à aprendizagem estar centrada na capacidade do ser humano para se adaptar, educação não pode ser entendida simplesmente como fornecer informação, pois através da informação veiculam-se apenas conceitos. Para Lancaster & Stanhope (1999) “aprendizagem inclui uma mudança mensurável no comportamento, que persiste ao longo do tempo” (p. 266), enquanto que “o ensino é o arranjo deliberado de condições para promover o alcance de alguma meta intencional” (Redman, 2001, p. 3).

A prática de educação para a saúde baseia-se num conjunto de teorias, e em competências que devem ser aprendidas e praticadas. Segundo Driscoll & Edwards (citado em Lancaster & Stanhope, 1999), “existem três modelos conceptuais que organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos” (p. 266), sendo eles: o modelo Precede-Proceed, que focaliza em primeiro lugar a planificação e avaliação dos programas de educação para a saúde da comunidade; o modelo Saúde-Crença, utilizado na organização de informação das opiniões dos utentes sobre o seu estado de saúde e que fatores os poderão influenciar para mudarem o seu comportamento, identificando as crenças específicas, os comportamentos ou fatores culturais que devem ser alterados para mudar o comportamento e ainda o modelo de Promoção da Saúde, que se desenvolveu como complemento de outros modelos de proteção da saúde. Este modelo é útil ao enfermeiro como estrutura para avaliação do utente, pressupondo que os indivíduos possam alterar também o seu comportamento para se sentirem melhor não só física mas também psicológica, social e espiritualmente.

Cabe-nos pois selecionar o modelo mais apropriado para os programas de educação a comunidades, famílias ou indivíduos, para o desenvolvimento de competências que conduzam à capacitação e adoção de estilos de vida saudáveis. Uma vez que ao longo do ciclo vital a pessoa passa por diferentes períodos onde podem surgir doenças e incapacidades, a presença da educação para a saúde torna-se assim indispensável ao longo de toda a vida.

Sousa, Figueiredo & Cerqueira (2004) defendem que cuidar significa prestar assistência a alguém com necessidade, definindo-se numa “relação, isto é, a sua presença pressupõe inevitavelmente a figura do paciente [...] que perdeu de certa forma, a sua independência e autonomia” (p. 69).

Assim, quando surge uma situação de dependência nas atividades de vida diárias, é implicado primeiramente um processo de aprendizagem de habilidades, tanto para o utente como para o seu cuidador informal. No entanto, a definição de dependência deve ser algo abrangente englobando a incapacidade física, as dificuldades familiares e a escassez de apoios sociais, tal como nos é referida pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social (2006), que definem dependência como,

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária (p. 3857).

Para a avaliação funcional do idoso, dispomos de um instrumento de avaliação, muito utilizado em estudos gerontológicos nacionais e internacionais, denominado por Índice de Katz, tendo sido criado em 1963 por Sidney Katz. É uma tabela que permite classificar o nível de dependência/independência dos utentes, em que para cada atividade de vida diária é atribuído um valor numérico mediante o grau de dependência: (0) para a dependência, (1) para ajuda e (2) para o nível independente (Anexo I).

1.4 – DESENHO DO PROJETO

O projeto que em seguida se descreve, segue as orientações da Metodologia de Projeto que assenta “na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p. 3) com vista à ocorrência de mudança, que de acordo com os mesmos autores, é constituída pelas seguintes fases: Diagnóstico da situação; Planificação das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades; Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos.

1.4.1 – Diagnóstico

Nesta fase da metodologia de projeto será descrita a realidade que sustenta a criação do presente projeto, isto é, apresentar o campo de intervenção com vista à ocorrência de mudança. Sendo um projeto em saúde, torna-se fundamental

realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções, [...] de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, autonomia e motivação da população. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p. 10)

No caso concreto deste projeto, o problema identificado surgiu da prática dos profissionais de enfermagem que exercem funções na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, Unidade Funcional de Lagoa, e que é o seguinte:

- Dificuldades no processo de Cuidar, sentidas pelos cuidadores informais, das pessoas com dependência integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados no domicílio pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

Para tal, foi desenvolvido um processo de enquadramento do problema, no sentido de auscultar necessidades sentidas, bem como delinear posteriormente estratégias de intervenção adequadas à realidade estudada. Na elaboração do diagnóstico tivemos em consideração o Diagnóstico de Saúde do Concelho de Lagoa realizado em 2010 no âmbito de um estágio de especialização em enfermagem de saúde comunitária no Centro de Saúde de Lagoa e recorreremos a fontes de dados, tais como: Programa informático Gestcare, específico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Programa informático SINUS; Processos dos utentes e Contacto presencial com os cuidadores informais.

Deste modo, segue-se uma caracterização sumária do concelho onde o projeto será implementado, bem como da sua população alvo, composta pelos cuidadores informais e respetivas pessoas que lhes estão confiadas e se encontram integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados no domicílio pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

1.4.1.1 – Caracterização do Concelho de Lagoa

O concelho de Lagoa está situado na região do Algarve, mais propriamente no Barlavento Algarvio, tendo como capital de distrito a cidade de Faro, apresentando uma área

de 88,3 Km², confrontando a Norte e a Este com o concelho de Silves, a Oeste com o rio Arade e a Sul com o Oceano Atlântico.



Figura 1 - Mapa da Região do Algarve com limite de Concelhos (Fonte: Câmara Municipal de Lagoa)

Situado no centro da região algarvia, o concelho de Lagoa pertence ao distrito de Faro e abrange uma área total de 88,3 Km² (1,77 % da região do Algarve), delimitado administrativamente por seis freguesias, cinco com a classificação de vilas: Carvoeiro, Estômbar, Ferragudo, Parchal e Porches e a cidade de Lagoa, como sede do concelho.



Figura 2 – Concelho de Lagoa com limite de Freguesias (Fonte: Câmara Municipal de Lagoa)

Quadro 1 – Tipologia e Território

Freguesias	Área Total (Km ²)	Tipologia
Carvoeiro	11,6	Predominantemente urbana
Estômbar	24,4	Predominantemente urbana
Ferragudo	5,8	Predominantemente rural
Lagoa	27,5	Predominantemente urbana
Parchal	3,8	Predominantemente urbana
Porches	15,7	Predominantemente rural

Fonte: INE, Censos 2001

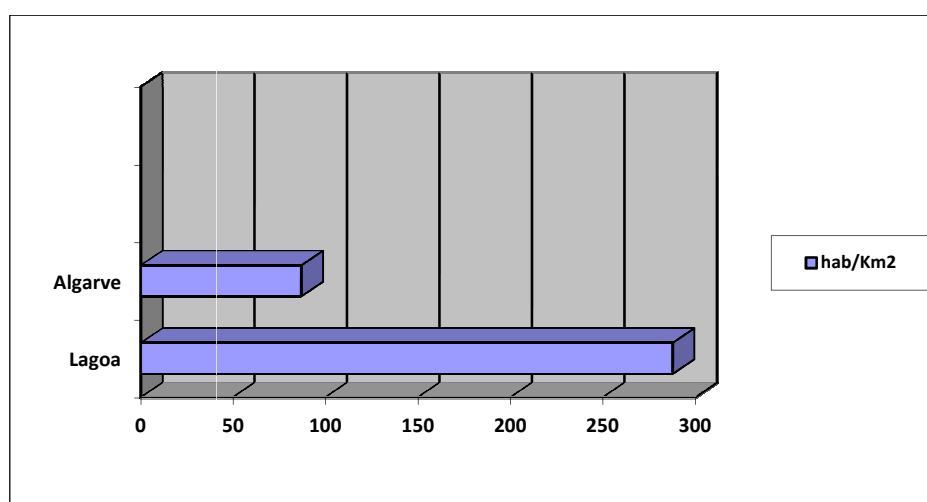
Da análise do Quadro 1 pode-se dizer que as freguesias apresentam uma tipologia predominantemente urbana, tendo-se verificado um aumento significativo na fixação de jovens famílias, através da forte aposta no setor da construção civil.

O território do concelho é caracterizado pelo contraste entre uma faixa litoral, com uma extensão de 17 km, onde se pode desfrutar de belas praias, constituindo um forte atrativo turístico e uma zona interior de barrocal, com uma paisagem bastante diversificada.

Apresenta vias de acesso diretas às cidades contíguas de Portimão e Silves, bem como ramais de acesso à “Via do Infante” – A22, que liga o Barlavento ao Sotavento Algarvio, entre Lagos e Vila Real de Santo António.

Após este breve enquadramento geográfico do concelho de Lagoa, passamos agora a apresentar alguns indicadores demográficos.

Gráfico 1 - Densidade Populacional da Região do Algarve e do Concelho de Lagoa

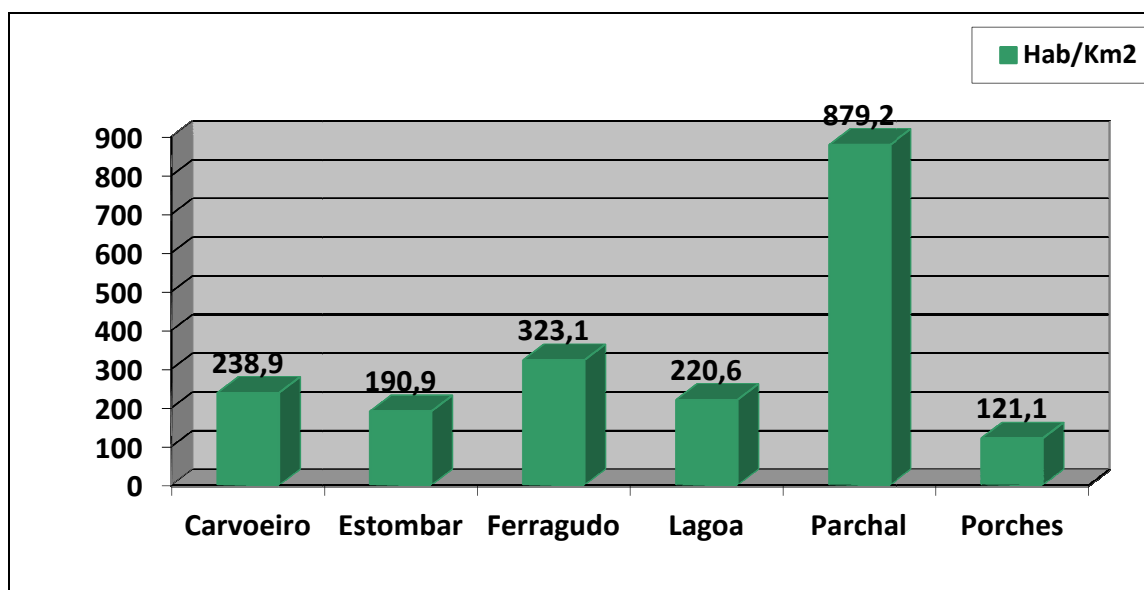


Fonte: INE - Censos 2011

Segundo os dados do último recenseamento da população portuguesa, a população residente no concelho de Lagoa em 2011 era de 22975, o que cumulativamente com a sua reduzida dimensão geográfica conduz, a uma densidade populacional elevada, como nos indica o Gráfico 1 de 287,6 hab/km², quando comparados com os valores da região do Algarve.

Quanto à densidade populacional por freguesia do concelho de Lagoa e uma vez que não se encontram disponíveis dados mais recentes, referimo-nos deste modo aos dados dos Censos de 2001.

Gráfico 2 - Densidade Populacional por Freguesia



Fonte: INE – Censos 2001

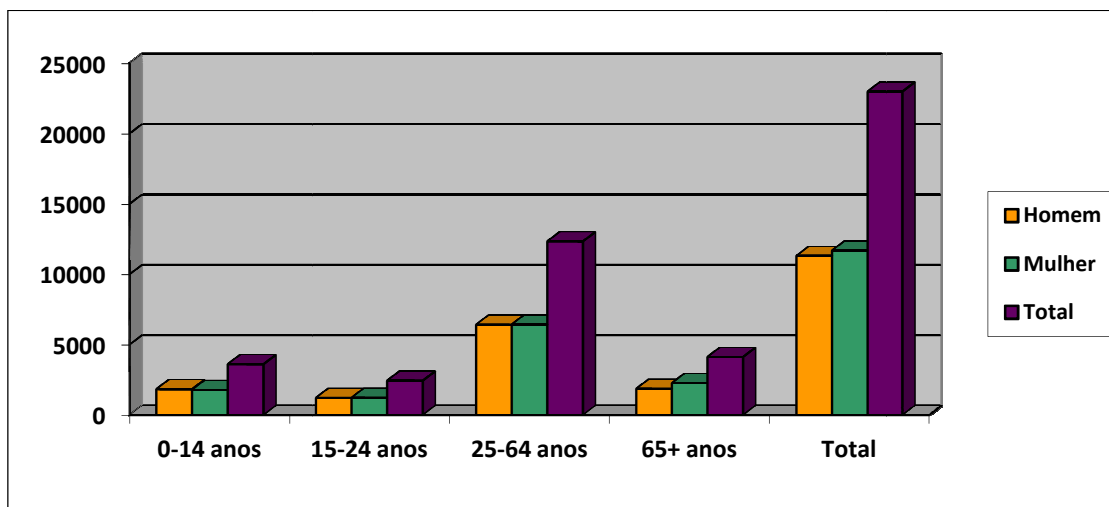
Da análise do Gráfico 2, pode-se dizer que as freguesias com maior densidade populacional por ordem decrescente, eram Parchal, Ferragudo, Carvoeiro, Lagoa, Estômba e Porches.

Quadro 2 - População Residente segundo Grupo Etário e Sexo no Concelho de Lagoa

População Residente no Concelho de Lagoa			
Grupo Etário	Sexo		Total
	H	M	
0 a 14 anos	1824	1775	3 599
15 a 24 anos	1212	1221	2433
25 a 64 anos	6408	6420	12828
65+ anos	1858	2257	4115
TOTAL	11302	11673	22975

Fonte: INE - Censos 2011

Gráfico 3 - Distribuição da População por Grupo Etário e Sexo no Concelho de Lagoa



Fonte: INE - Censos 2011

Relativamente à distribuição da população segundo o grupo etário, Quadro 2 e Gráfico 3, podemos verificar que no concelho de Lagoa o grupo etário com maior representatividade populacional é o dos 25 aos 64 anos, que se refere a uma população essencialmente ativa, o que pode constituir o reflexo das dinâmicas socioeconómicas do concelho e simultaneamente, ser também impulsionador dessas próprias dinâmicas. Verificamos ainda que o grupo que se segue corresponde aos residentes com 65 e + anos, o que retrata também um aumento da longevidade.

Quadro 3 – Indicadores de População do Concelho de Lagoa e Região do Algarve

Indicadores	Concelho de Lagoa (2009)	Região do Algarve (2009)
Índice de Envelhecimento	111,5	122,8
Índice de Dependência de Idosos	26,1	29,4
Índice de Longevidade	46,9	47,9
Taxa Bruta de Natalidade	9,9 ‰	11,1 ‰
Taxa Bruta de Mortalidade	8,7 ‰	10,8 ‰
Taxa de Fecundidade Geral	43,3 ‰	49,1 ‰

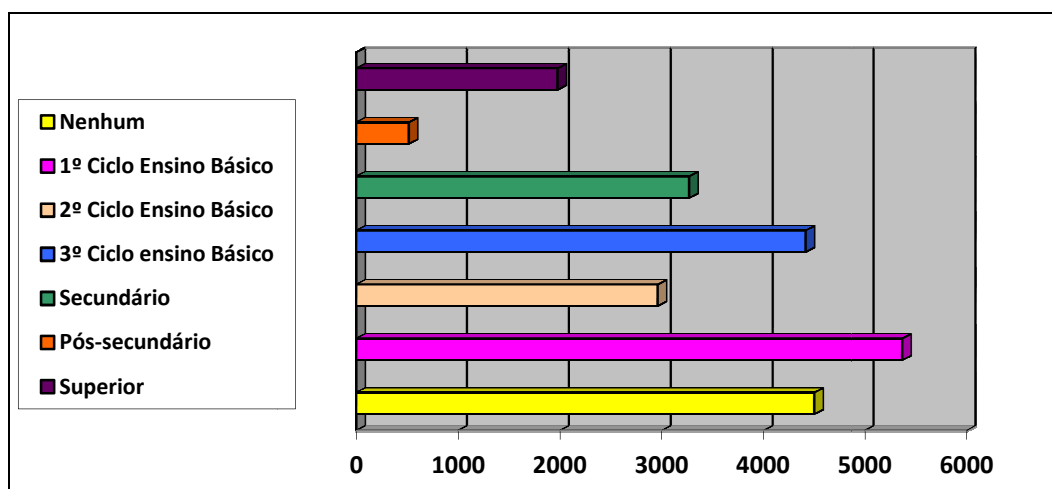
Fonte: INE - Anuário Estatístico da Região do Algarve 2009

Referindo-nos aos indicadores que mais se relacionam com este trabalho, constatamos que o índice de envelhecimento é o que apresenta um valor marcadamente mais baixo relativamente ao da região do Algarve, o que se relaciona quer com o facto do grupo etário dos 0 aos 14 anos de idade ser o terceiro com maior representatividade no concelho, quer ainda com o índice de longevidade que é mais baixo face ao valor regional.

Também o índice de dependência de idosos apresenta um valor mais baixo comparativamente com o da região, o que está relacionado com a população ativa no concelho constituir o grupo etário com maior representatividade.

Quanto aos Indicadores de Educação, será feita referência ao nível de instrução da população residente no concelho de Lagoa, pois constitui um indicador importante, que se encontra ligado quer aos setores de atividade, quer ao investimento e ao desenvolvimento económico.

Gráfico 4 - População residente no Concelho de Lagoa segundo o Nível de Instrução



Fonte: INE - Censos 2011

Segundo o Gráfico 4, a maioria da população residente no concelho de Lagoa tem um nível de instrução baixo, que corresponde ao 1º ciclo do Ensino Básico, e que está relacionado com o facto do grupo etário mais representado no concelho ser o da população com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, em que para os mais velhos este era o nível de ensino exigido na época em que frequentaram a escola.

Mencionando agora os Indicadores Socioeconómicos, importa primeiramente definir população ativa, que abrange todos os indivíduos que contribuem para a produção de bens e serviços, entrando no circuito económico, com idade mínima de 15 anos e que engloba tanto a população empregada, como a desempregada que esteja à procura, tanto de novo emprego como de primeiro emprego (Instituto Nacional de Estatística, 2008).

Quadro 4 - População Residente Ativa por Freguesia

População Residente Ativa			
Freguesia	Total	Homens	Mulheres
Estômbar	2405	1378	1027
Ferragudo	867	512	355
Lagoa	3280	1810	1470
Porches	971	561	410
Carvoeiro	1328	733	595
Parchal	1857	1018	839
Concelho de Lagoa	10708	6012	4696

Fonte: INE – Censos 2001

Estes dados permitem-nos ter uma visão da distribuição, por freguesias, da população entre os 15 e os 64 anos, verificando-se que nas freguesias de Lagoa e Estômbar apresentam-se os dados mais elevados, relacionados com o crescente populacional aí observado.

Reportando-nos aos dados disponíveis mais recentes que se encontram no Anuário Estatístico da Região Algarve 2008, uma vez que nos dá valores por concelho e não por freguesia, podemos verificar que o concelho de Lagoa apresenta um total de 18299 indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, correspondendo à população ativa. Assim, e considerando que a população do concelho em 2008 era de 24875, apresentava uma taxa de atividade de 73,6%.

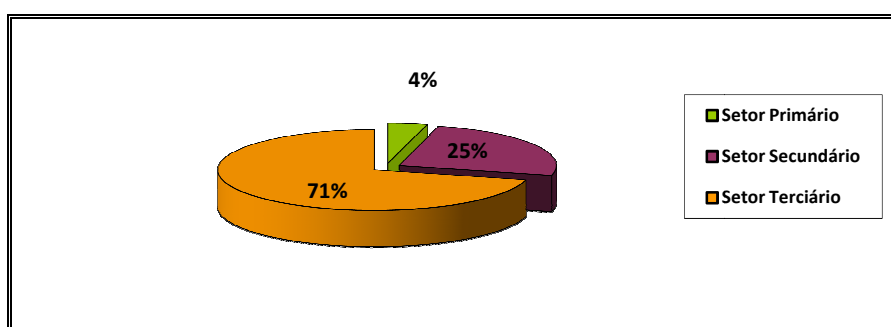
Quadro 5 - Taxa de Atividade segundo o Sexo no Concelho de Lagoa

Taxa de Atividade segundo o Sexo no Concelho de Lagoa	
Sexo	Taxa de Atividade
H	68,7%
M	65,5%
HM	73,6%

Fonte: INE - Anuário Estatístico da Região Algarve 2008

No que às atividades económicas diz respeito, a população ativa do concelho de Lagoa encontra-se distribuída pelos setores primário, secundário e terciário, de acordo com a distribuição que se segue:

Gráfico 5 - Distribuição da População do Concelho de Lagoa segundo os Setores de Atividade



Fonte: INE – Censos 2001

De acordo com o Gráfico 5, podemos constatar que o setor de atividade mais preponderante é o terciário, que engloba os serviços sociais e económicos, com uma representação de 71%. Este aspeto pode estar relacionado com o crescimento acentuado que se verificou no concelho, que conduziu ao aumento da oferta de bens e serviços à população.

No entanto, não podemos esquecer a realidade que o país enfrenta relativamente ao desemprego e deste modo o concelho de Lagoa também não fica alheio a tal situação. Por desempregado entende-se todo o indivíduo que não tem emprego e está imediatamente disponível para trabalhar, quer seja o primeiro ou novo emprego (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2012). De realçar que o desemprego traz consigo consequências de ordem financeira que podem influenciar a dinâmica familiar, bem como o estado de saúde dos que estão afetados por ele.

O concelho de Lagoa não dispõe de uma delegação do Instituto de Emprego e Formação Profissional, daí que os desempregados do concelho tenham que deslocar-se ao Centro de Emprego e Formação Profissional de Portimão para se inscreverem.

Quadro 6 - Total de Desempregados do Concelho de Lagoa inscritos no Centro de Emprego e Formação Profissional de Portimão

Desempregados do Concelho de Lagoa	
Sexo	Fevereiro de 2012
H	919
M	922
HM	1841

Fonte: Instituto de Emprego e Formação Profissional

Tendo em conta que os Censos de 2011 apontam para um total de população ativa no concelho de Lagoa de 15261 indivíduos, então podemos afirmar que a taxa de desemprego no concelho de Lagoa é de 12,1%, valor abaixo da taxa apresentada pelo país que à mesma data rondava os 15% (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2012).

A cidade de Lagoa, como sede de concelho, concentra em si diversos serviços como Repartição de Finanças, Cartório Notarial, Conservatória, Serviço Local do Centro Distrital de Segurança Social de Faro, Centro de Saúde, Corporação de Bombeiros, bem como outros que servem o resto do concelho pela proximidade física, embora as restantes freguesias estejam dotadas dos equipamentos e serviços necessários ou extensões dos mesmos, como é o caso do Centro de Saúde com extensões nas seis freguesias e, atendimento do Serviço Local de Ação Social por parte da Segurança Social, nas freguesias de Lagoa, Ferragudo, Estômbar e Parchal.

Relativamente aos equipamentos de apoio social, essenciais para a população, materializam-se muitas vezes como a única resposta capaz de ir ao encontro das necessidades de determinados grupos mais vulneráveis, como são os idosos, que inerente ao ciclo de vida em que se encontram, apresentam de um modo mais ou menos acentuado, necessidades de ajuda de outros para a realização das suas atividades de vida diárias.

De entre as respostas típicas de apoio aos idosos, encontram-se os centros de convívio, centros de dia, lares de idosos/acamados e apoio domiciliário, os quais estão disponíveis no concelho de Lagoa. Este tipo de respostas na comunidade são fundamentais para contribuir para a qualidade de vida numa fase da vida em que a dependência se começa a acentuar.

A rede de apoio formal aos idosos no concelho de Lagoa compreende quatro tipos de equipamentos: centros de convívio, centros de dia e lar de idosos/acamados, centro de noite,

para além do serviço de apoio domiciliário. Estes equipamentos estão disponíveis em quatro das seis freguesias do concelho de Lagoa, tais como: Estômbar, Ferragudo, Lagoa, Parchal e Porches. No Quadro 7, encontra-se representada a distribuição destes equipamentos sociais por freguesia, com as respetivas valências de apoio, referindo-se apenas aos que possuem acordo de cooperação com a segurança social, uma vez que não foi possível apurar com fiabilidade a relação das instituições privadas nesta área.

Quadro 7 - Instituições Particulares de Solidariedade Social com Valências para Idosos por Freguesia

Freguesia	Instituição	Valência
Estômbar	Centro Paroquial de Estômbar	Centro de Convívio
		Serviço de Apoio Domiciliário
	Santa Casa da Misericórdia de Estômbar	Lar de Idosos
		Serviço de Apoio Domiciliário
Ferragudo	Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo	Centro de Dia
		Serviço de Apoio Domiciliário
Lagoa	Centro Popular de Lagoa	Centro de Dia
		Lar de Idosos
		Serviço de Apoio Domiciliário
Parchal	Associação Cultural Desportiva CHE Lagoense	Centro de Convívio
Porches	Centro de Apoio Social de Porches	Centro de Noite

Fonte: Rede Social – Câmara Municipal de Lagoa

Referindo-nos de modo particular à valência de Serviço de Apoio Domiciliário, por estar mais diretamente relacionada com o projeto descrito neste relatório, importa realçar o facto de, neste momento, a freguesia de Porches ainda não estar coberta por este tipo de apoio formal, o que tem causado grandes constrangimentos à permanência de pessoas com dependência no domicílio, obrigando muitas vezes ao recurso de soluções privadas. Na freguesia do Parchal, apesar da instituição particular de solidariedade social existente não possuir a valência de apoio domiciliário, a população pode contar com o serviço de apoio domiciliário, tanto do Centro Paroquial de Estômbar como do Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo.

Este Serviço de Apoio Domiciliário assegura assim a prestação de cuidados no domicílio (onde se incluem: cuidados de higiene pessoal; higiene habitacional; tratamento de roupa e alimentação), de modo individualizado e personalizado, a idosos que por motivos de doença, deficiência ou outros impedimentos não possam satisfazer as suas atividades de vida diárias, de modo temporário ou permanente.

No que diz respeito a recursos de saúde, a população do concelho de Lagoa dispõe do Centro de Saúde de Lagoa, composto por duas unidades funcionais: a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a Unidade de Cuidados na Comunidade, com atendimento de 2ª a 6ªfeira no horário das 08 às 20 horas. Esta última unidade engloba a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de âmbito domiciliário, que presta cuidados de 2ª a 6ªfeira das 08 às 20 horas e aos sábados das 09 às 13 horas. Na sede do Centro de Saúde funciona também o serviço de Consulta Aberta, com atendimento de 2ª a 6ªfeira das 08 às 20 horas e aos fins-de-semana e feriados das 14 às 20h. Em todas as freguesias existe ainda uma extensão de saúde, a funcionar todos os dias úteis com a presença de médico e enfermeiro. A instituição Hospitalar de referência é o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, que dista cerca de 8 Km de Lagoa com bons acessos tanto pela Estrada Nacional 125 como pela Via do Infante- A22.

1.4.1.2 – Caracterização dos Cuidadores Informais

A população do projeto “Juntos no Cuidar” é constituída pelos cuidadores informais dos utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa e que à data da realização do diagnóstico, eram em número de 38. Como já foi referido anteriormente, uma das condições exigidas para o ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é a existência de um cuidador informal, daí que a população total do presente projeto seja composta por 38 cuidadores informais. De referir ainda que apenas foram alvo de caracterização os cuidadores informais principais.

Da prática diária dos enfermeiros da equipa de cuidados continuados integrados de Lagoa, existe contacto com muitos dos referidos cuidadores informais, permitindo com a continuidade da prestação de cuidados, a construção de uma relação de confiança indispensável para a eficácia do plano de cuidados.

A colheita de dados que permitiu caracterizar os cuidadores informais foi realizada através de informação obtida no processo individual do utente, bem como através do contacto aquando da visitação domiciliária pelos enfermeiros da equipa e também da reunião realizada com os cuidadores informais na fase de validação dos requisitos do projeto, conforme

descrição que constará mais adiante neste relatório. Assim sendo, e uma vez que não foi utilizada outra fonte para fornecimento de dados, esta será omissa ao longo da caracterização em todos os quadros e gráficos.

De referir ainda, que da pesquisa realizada na documentação disponível, não conseguimos aceder a nenhuma caracterização dos cuidadores informais de pessoas integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com a qual fosse possível estabelecer algum tipo de comparação.

Quadro 8 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Grupo Etário e Género

Cuidadores Informais			
Grupo etário	Feminino	Masculino	Total
18-49	16% (6)	0% (0)	16% (6)
50-64	53% (20)	0% (0)	53% (20)
65-79	16% (6)	10% (4)	26% (10)
>80	5% (2)	0% (0)	5% (2)
Total	90% (34)	10% (4)	100% (38)

Atendendo primeiramente ao género, podemos verificar uma enorme assimetria, onde o género feminino se assume com uma representatividade de 90%. Este aspeto advém de questões sociais em que as tarefas inerentes ao cuidar de outro, quer seja criança ou idoso, continuam a ser asseguradas na maioria das vezes pelas mulheres, apesar das alterações sociológicas sofridas nas últimas décadas, em que a mulher deixou de estar em casa a tempo inteiro, ingressando no mundo do trabalho, contribuindo tal como o homem para o sustento económico da família. Deste modo, as mulheres tornam-se assim mais suscetíveis a situações de exaustão do cuidador, pela sobrecarga de tarefas que lhe estão confiadas.

Relativamente ao grupo etário, constata-se que a maioria dos cuidadores informais, isto é 53%, tem uma idade compreendida entre os 50 e os 64 anos, sendo a média de idades de 60 anos. No entanto, logo em seguida surgem os cuidadores informais com 65 e mais anos, representando 31% do total dos cuidadores, que atendendo ao estágio de vida em que se encontram, possuem muitas vezes limitações inerentes ao seu estado de saúde, que conduzem a algumas preocupações relacionadas com as exigências que o papel de cuidador implica e que se podem tornar incompatíveis com a sua idade avançada.

Quadro 9 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Estado Civil

Estado Civil	Nº Cuidadores Informais
Solteiro	2
Casado	26
Divorciado	7
Viúvo	3
Total	38

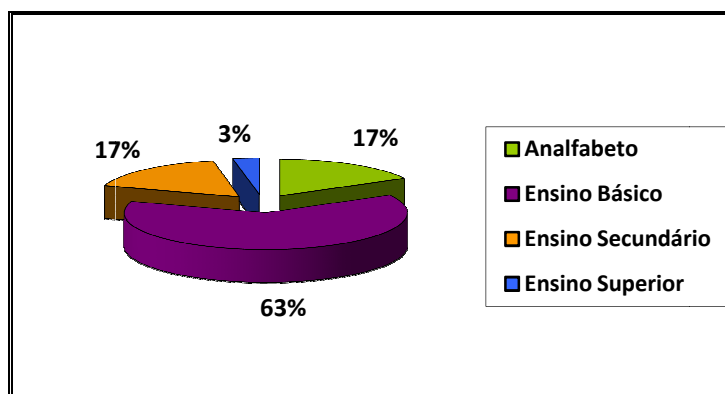
Analisando os dados relativos ao estado civil dos cuidadores informais, verificou-se que a maioria dos cuidadores informais apresentam o estado civil de casado, logo seguido de divorciado.

Quadro 10 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Freguesias

Freguesias	Nº Cuidadores Informais	%
Estômbar	7	18%
Ferragudo	9	24%
Lagoa	8	21%
Porches	3	8%
Carvoeiro	4	11%
Parchal	7	18%
Total	38	100%

Foi com base nesta distribuição que se determinou iniciar o projeto “Juntos no Cuidar” na freguesia de Ferragudo, uma vez que nela se encontra o maior número de cuidadores informais, correspondendo a 24% da população estudada. O projeto será depois replicado nas restantes freguesias do concelho de Lagoa, pela ordem que se segue, de acordo com os dados acima apresentados: Lagoa, Parchal, Estômbar, Carvoeiro e Porches.

Gráfico 6 – Distribuição dos Cuidadores Informais por Grau de Escolaridade

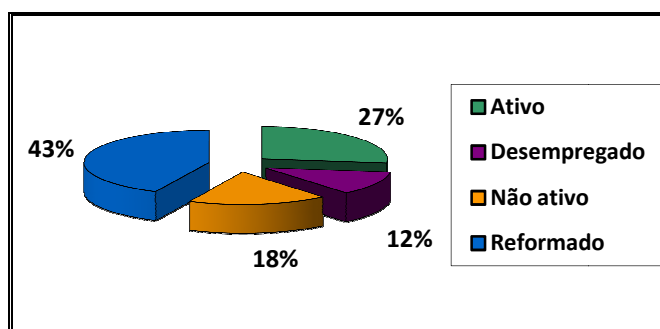


Em relação ao nível de ensino, a nossa população em estudo é maioritariamente constituída por indivíduos detentores do ensino básico (63%) e por uma percentagem de 17% de indivíduos sem escolaridade. Quanto ao ensino superior verificamos que apenas 3% da população possui este grau de escolaridade.

Atendendo a que a média de idade dos cuidadores informais em estudo, se situa nos 60 anos, vem justificar a predominância dos detentores do grau de escolaridade do ensino básico relativamente aos outros graus, pois vai ao encontro do exigido em termos de escolaridade obrigatória, na época em que frequentaram a escola.

Para o projeto em causa, estes dados relativos ao grau de escolaridade dos cuidadores informais, revestem-se de singular importância aquando do planeamento e definição de estratégias e métodos a utilizar nas sessões de educação para a saúde.

Gráfico 7 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo a Situação Profissional

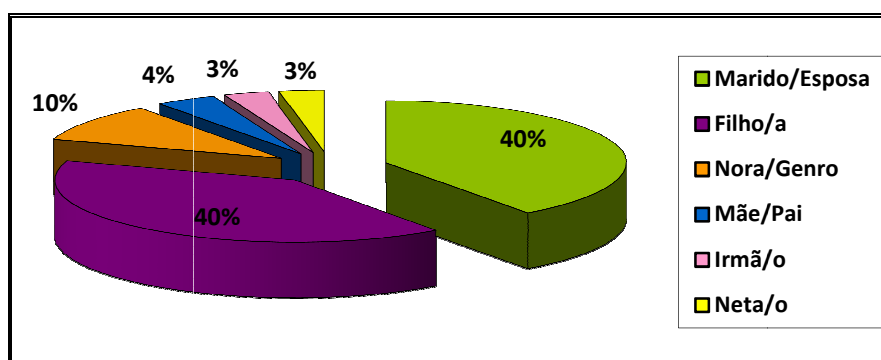


No que se refere à situação profissional, verifica-se que 43% dos cuidadores informais se encontram reformados e 18% encontram-se numa situação de inatividade profissional,

tendo alguns referido que na base da cessação da atividade esteve a dificuldade que tiveram em articular o papel de cuidador com a atividade profissional.

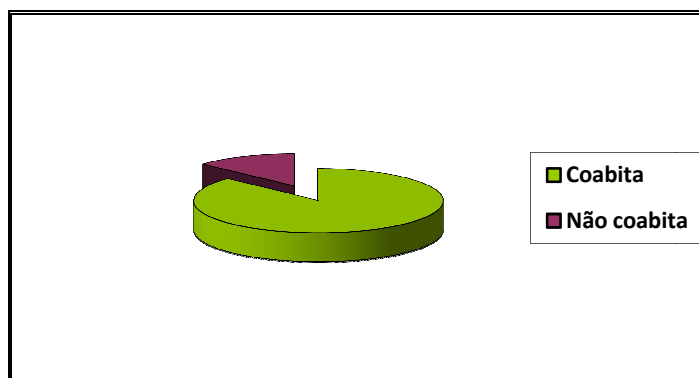
Deste modo e atendendo a que 12% da população estudada se encontra numa situação de desemprego, ficamos apenas com 27% dos cuidadores informais que se encontram a desempenhar a sua atividade profissional. Este aspeto poderá estar na origem das dificuldades financeiras mencionadas pelos cuidadores informais, como um dos fatores que lhes causam stress.

Gráfico 8 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo o Parentesco com a Pessoa Cuidada



No que se refere à relação de parentesco que existe entre o cuidador informal e a pessoa cuidada, em 40% dos casos são marido/esposa, percentagem igual à apresentada pelos filhos. Podemos ainda verificar que a família constitui o principal suporte de apoio à pessoa cuidada, pois todos os cuidadores informais do nosso estudo, possuem laços familiares com a pessoa cuidada.

Gráfico 9 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo a Coabitação com a Pessoa Cuidada



Segundo os dados apresentados no Gráfico 9, verifica-se que 87% dos cuidadores informais vivem juntamente com a pessoa cuidada, pois de acordo com o verbalizado por muitos deles, este aspeto torna-se facilitador do processo de cuidar, na medida em que ajuda a conciliação entre o cuidar da pessoa dependente e as restantes tarefas familiares.

De acordo com o referido no início da caracterização dos cuidadores informais, foi realizada uma reunião entre os enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa e os cuidadores informais, onde foram colocadas as seguintes questões e trabalhadas as respetivas respostas, conforme se apresenta:

Quadro 11 – Motivação dos Cuidadores Informais para o Cuidar

Questão: O que o motiva para Cuidar?	%
Sentimento de retribuição	47%
Crescimento pessoal	19%
Aumento do sentimento de realização/orgulho	14%
Aumento da capacidade para enfrentar desafios	11%
Melhoria do relacionamento interpessoal	9%
Total	100%

Quadro 12 – Principais Dificuldades Sentidas Enquanto Cuidador

Questão: Quais as principais dificuldades sentidas enquanto cuidador?	%
Sentimento de incapacidade para cuidar sozinho	23%
Dificuldades financeiras	23%
Ausência de tempo livre	21%
Falta de apoio para cuidar do utente	15%
Dificuldade em articular o papel de cuidador com a vida profissional	10%
Falta de informação relativamente à prestação de cuidados	8%
Total	100%

Quadro 13 – Fatores Causadores de Stress Enquanto Cuidador

Questão: Quais os fatores que lhe causam mais stress enquanto cuidador?	%
Cansaço psicológico	37%
Sobrecarga física	26%
Dificuldades financeiras para dar resposta às necessidades	16%
Estado de saúde do cuidador informal	9%
Falta de formação do cuidador informal	5%
Escassez de informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade	5%
Conflitos familiares	2%
Total	100%

Pode-se afirmar da análise dos quadros anteriores, que a maioria dos cuidadores informais de pessoas com dependência a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, cuidam motivados pelo sentimento de retribuição que têm para com essa pessoa, sentindo-se muitas vezes incapazes de assumir o processo de cuidar sozinhos, sendo o cansaço psicológico o maior gerador de stress.

1.4.1.3 – Caracterização das Pessoas Cuidadas

Apesar deste projeto ter como população alvo os cuidadores informais, pareceu-nos de todo fundamental caracterizar a pessoa por eles cuidada, uma vez que as necessidades do cuidador estão em grande parte relacionadas com as características da pessoa cuidada, principalmente no que diz respeito, à idade, grau de dependência e patologia, exercendo uma influência enorme no processo de cuidar.

No período em que decorreu a colheita de dados no programa informático Gestcare (26 a 30 de Setembro de 2011) e no processo individual do utente para procedermos à caracterização dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa, existiam 38 utentes na equipa.

Quadro 14 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Grupo Etário e Género
na ECCI Lagoa e no global das tipologias da RNCCI em 2011

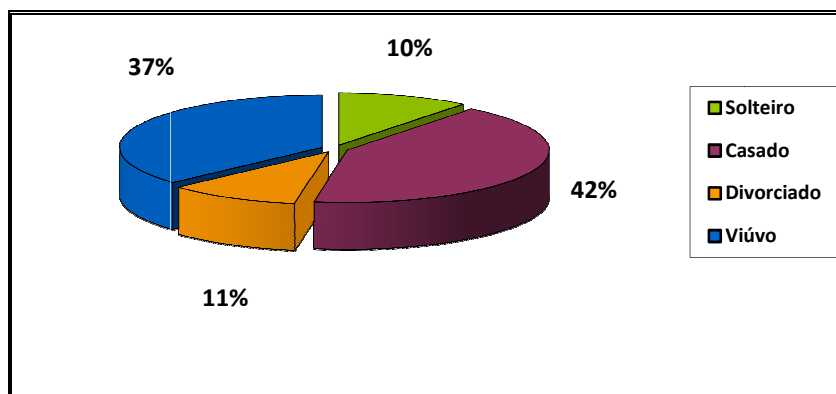
Grupo etário	ECCI Lagoa			RNCCI (todas as tipologias)		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
18-49	0% (0)	3% (1)	3% (1)	2%	3%	5%
50-64	5% (2)	3% (1)	8% (3)	5%	8%	13%
65-79	13% (5)	18% (7)	31% (12)	20%	20%	40%
>80	34% (13)	24% (9)	58% (22)	26%	16%	42%
Total	52% (20)	48% (18)	100% (38)	53%	47%	100%

Fonte: Programa Informático Gestcare e Relatório Intercalar de Monitorização da RNCCI

Ao analisarmos os dados do Quadro 14, podemos verificar que a caracterização dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa quanto ao género e idade, acompanha a apresentada pelos utentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, na globalidade das suas tipologias. Deste modo, constatamos que as pessoas cuidadas são na sua grande maioria idosos, sendo que na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa se destaca o grupo etário com 80 e mais anos, que representa 58% dos utentes, apresentando o utente mais velho 105 anos de idade. No sentido oposto temos o grupo etário dos 18 aos 49 anos, que no caso da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa tem uma representatividade de 3%, em que o utente mais novo possui 36 anos de idade.

Relativamente ao género, o feminino é o mais representativo, tanto na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa como na globalidade das tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Quanto à média de idades dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, o valor encontrado é de 79 anos e se atendermos ao género, o feminino tem uma média de 81 anos e o masculino de 76 anos de idade.

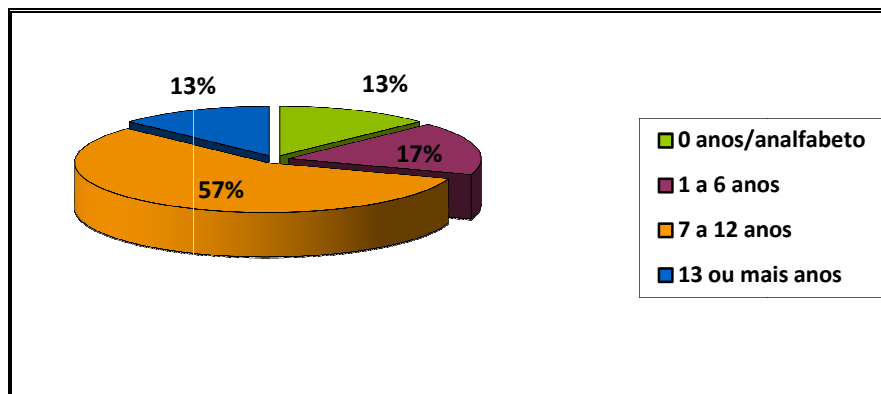
Gráfico 10 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Estado Civil



Fonte: Programa Informático Gestcare

Em relação ao estado civil, verifica-se que o grupo mais representativo é o dos utentes casados, logo seguido dos viúvos.

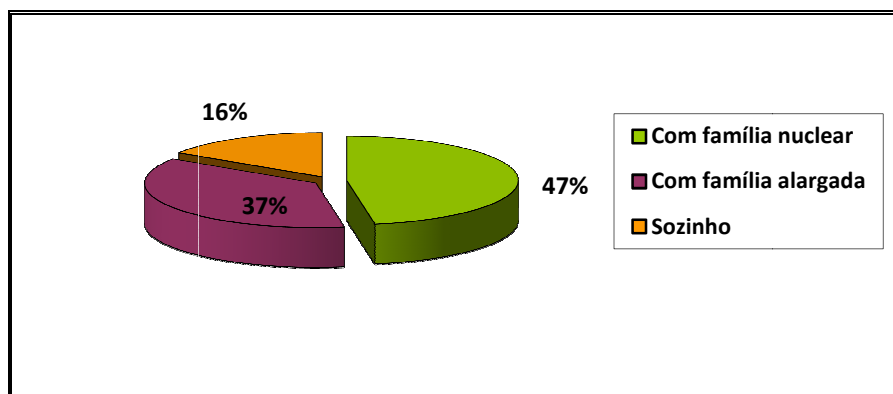
Gráfico 11 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Anos de Escolaridade



Fonte: Programa Informático Gestcare

Se atendermos aos anos de escolaridade, constatamos que o grau de escolaridade é baixo, o que está diretamente relacionado com o grupo etário mais representativo da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa que é constituído, como vimos anteriormente, pelas pessoas com 80 e mais anos.

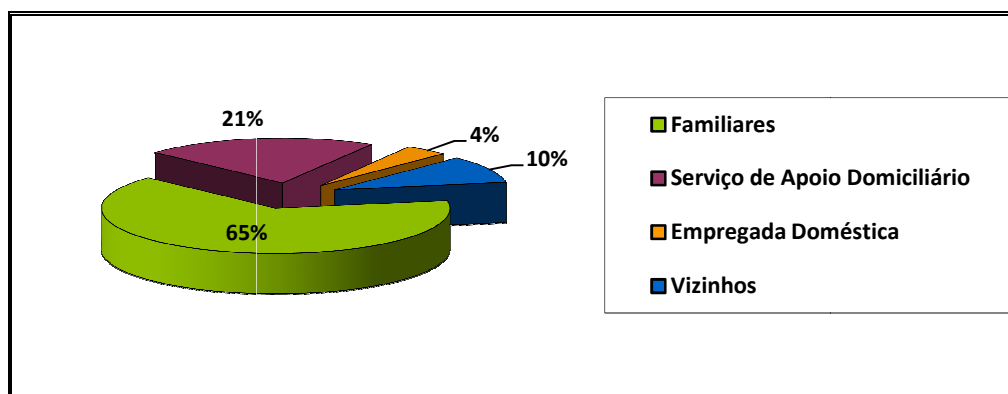
Gráfico 12 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Situação de Convivência



Fonte: Programa Informático Gestcare

Quanto à situação de convivência, a maioria dos utentes da ECCL lagoa vive com a sua família nuclear, no entanto existem 16% que vivem sós, situação que incrementa a vulnerabilidade apresentada por estas pessoas que se encontram numa situação de dependência.

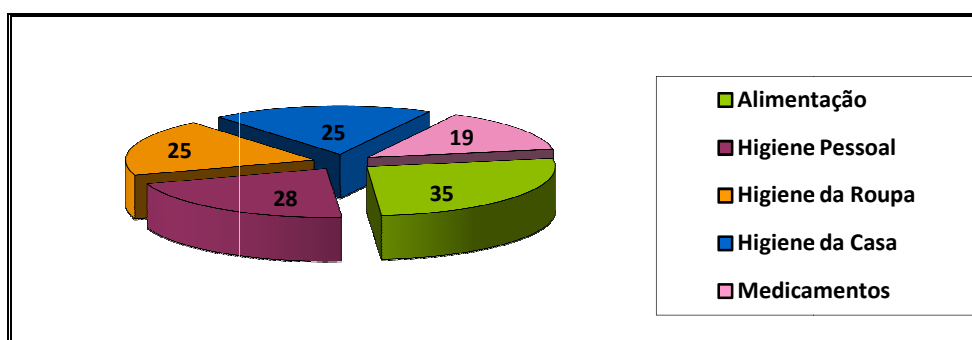
Gráfico 13 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Proveniência de Apoio Recebido



Fonte: Programa Informático Gestcare

Torna-se assim possível constatar que a família constitui o principal recurso de apoio aos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, seguidos do apoio social prestado serviço de apoio domiciliário. Este facto, reforça a pertinência da implementação do projeto descrito neste relatório, ao procurar contribuir para a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar. De referir que cada utente, pode receber mais do que um tipo de apoio.

Gráfico 14 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Tipo de Apoio



Fonte: Programa Informático Gestcare

Reportando-nos ao tipo de apoio, é evidente que os utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa apresentam dependência para a realização das suas atividades de vida diárias, destacando-se a alimentação, logo seguida dos cuidados de higiene pessoal.

O índice de Katz, é uma tabela de avaliação funcional do idoso (Anexo I) e classifica o nível de dependência/independência dos utentes. Para tal, são atribuídos valores numéricos mediante o grau de dependência para a realização de atividades de vida diárias, de acordo com a seguinte escala: (0) para a dependência, (1) para ajuda e (2) para o nível independente.

Quadro 15 – Distribuição da Pessoa Cuidada por Índice de Katz

Índice de Katz	Nº Pessoas Cuidadas	%
11	4	11%
10	1	3%
9	2	5%
8	2	5%
7	2	5%
6	2	5%
5	3	8%
4	1	3%
3	2	5%
2	2	5%
1	8	21%
0	9	24%
Total	38	100%

Fonte: Programa Informático Gestcare

Utilizou-se o Índice de Katz (índice de independência nas atividades de vida diárias) com o objetivo de verificar o grau de dependência da pessoa cuidada, permitindo desta forma identificar e descrever o grau e tipo de cuidados prestados pelo cuidador.

Do exposto anteriormente no Quadro 15, verifica-se que a grande maioria dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa possui um nível de dependência elevado para a realização das atividades de vida diárias, sendo mesmo que 24% dos utentes apresenta um nível de dependência máximo representado pelo Índice de Katz com valor (0). Este facto acarreta uma sobrecarga física e emocional para aqueles que cuidam, manifestado muitas vezes pela presença de sintomas nos cuidadores informais, tais como: fadiga; queixas músculo-esqueléticas; perturbações do sono; depressão; falta de tempo livre para atividades de lazer...

Quadro 16 – Distribuição da Pessoa Cuidada segundo o Diagnóstico Principal

Diagnóstico Principal	Nº Pessoas Cuidadas	%
Acidente Vascular Cerebral	10	26%
Demência/Senilidade	8	21%
Neoplasia	7	17%
Doenças Osteoarticulares	6	15%
Doença Degenerativa do Sistema Nervoso Central	1	3%
Doença Isquémica dos Membros Inferiores	1	3%
Doença dos Rins	1	3%
Diabetes Mellitus	1	3%
Insuficiência Venosa	1	3%
Paraplegia	1	3%
Tetraplegia	1	3%
Total	38	100%

Fonte: Programa Informático Gestcare

Ao analisarmos a tabela anterior, verificamos que o diagnóstico principal dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa se refere ao Acidente Vascular Cerebral com 26% de representatividade. Pode-se verificar também que os diagnósticos principais mais frequentes estão associados ao fenómeno do envelhecimento e retratam de

certa forma a realidade da população cuidada que integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

1.4.2 – Âmbito

Quando num projeto nos referimos ao seu âmbito estamos a reportar-nos ao seu campo de ação, que no caso concreto do projeto em descrição podemos afirmar que se trata de um projeto de educação para a saúde de intervenção comunitária.

Para tal, foi elaborado um plano formativo envolvendo uma equipa multidisciplinar o que implicou a participação de entidades com relevância na comunidade, com vista ao incremento da proximidade entre o grupo específico dos cuidadores informais e os recursos comunitários que se encontram à sua disposição.

Enquanto enfermeiros a desempenhar funções nos cuidados de saúde primários e de modo particular, os especialistas em enfermagem comunitária têm de trabalhar na e com a comunidade, constituindo o centro e razão dos seus cuidados. Deste modo, ao intervirmos na comunidade estamos a promover o conceito de saúde que, por englobar várias vertentes (física, psicológica, social...) implica obrigatoriamente o envolvimento de vários parceiros comunitários no sentido de dar uma resposta efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade.

Recorremos à educação para a saúde, pois enquanto estratégia de promoção da saúde, procura através da capacitação dos cuidadores informais, empoderá-los para assumirem e executarem o processo de cuidar de pessoas com dependência no domicílio, com vista à obtenção de ganhos em saúde para ambos os intervenientes neste processo, através da vivência positiva do ato de cuidar.

1.4.3 – Objetivos, Indicadores e Metas

A fixação de objetivos reveste-se de uma importância vital no planeamento em saúde, uma vez que apenas mediante o seu estabelecimento, se torna possível avaliar os resultados da intervenção planeada (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, foi definido para o projeto “Juntos no Cuidar”, o seguinte objetivo geral:

✓ Promover a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa com dependência, em contexto domiciliário, dos utentes integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

Segundo os mesmos autores, é necessário traduzir o objetivo geral em objetivos operacionais ou metas, pois quando estes se conseguem atingir, consequentemente o objetivo geral também será alcançado. Assim sendo, definimos os seguintes objetivos específicos:

✓ Criar um modelo de intervenção de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores informais dos utentes integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa;

✓ Promover o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais relacionadas com o auxílio na realização das atividades de vida diárias das pessoas dependentes;

✓ Promover o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores informais;

✓ Desenvolver conhecimentos nos cuidadores informais para a execução da técnica correta de posicionamento da pessoa cuidada no leito.

Relativamente aos indicadores, podemos dizer que têm alguma semelhança com os objetivos nas suas características, e são entendidos como uma relação entre uma situação específica e uma população em risco dividindo-se em dois tipos: os indicadores de execução e os indicadores de impacto. Os primeiros procuram medir uma determinada atividade desenvolvida para alcançar um ou mais indicadores de resultado e estes por sua vez, procuram medir a alteração ocorrida (Imperatori & Giraldes, 1982).

Quando pretendemos melhorar cada um dos indicadores e definimos quantitativamente essa melhoria estamos a falar de Metas. Os mesmos autores, referem que essa meta não pode consistir num valor que surge ao acaso, enumerando como um passo importante a identificação da tendência que esse indicador tem vindo a ter na população. A Tendência do Indicador pressupõe a existência de dados (por exemplo através de diagnósticos de saúde) anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro. No caso concreto do nosso projeto, não dispomos de dados anteriores, porque até agora os cuidadores informais não foram alvo de estratégias de intervenção pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Lagoa. Desta forma, não nos é possível calcular o índice de justificação do projeto baseado na relação custo-benefício, pois desconhece-se a tendência.

Seguidamente apresentam-se os indicadores de execução e de impacto estabelecidos para o projeto “Juntos no Cuidar”:

INDICADORES DE EXECUÇÃO:

INDICADOR	META	DATA
<u>Nº de cuidadores informais a frequentar as sessões de educação para a saúde</u> Nº de cuidadores informais de utentes da ECCI Lagoa	60%	Junho 2013
<u>Nº de sessões de educação para a saúde realizadas</u> Nº de sessões de educação para a saúde planeadas	80%	Junho 2013
<u>Nº de cuidadores informais com conhecimento demonstrado sobre técnica posicionamento no leito</u> Nº de cuidadores informais de utentes da ECCI Lagoa	65%	Junho 2013
<u>Nº de cuidadores informais com competências adquiridas no auxílio da realização de AVD's</u> Nº de cuidadores informais de utentes da ECCI Lagoa	70%	Junho 2013

INDICADORES DE IMPACTO:

INDICADOR	META	DATA
<u>Nº de cuidadores informais sem recurso a declaração de incapacidade temporária associada a desgaste com o cuidar</u> Nº de cuidadores informais de utentes da ECCI Lagoa	70%	Junho 2013
<u>Nº de utentes da ECCI Lagoa sem idas ao serviço de urgência por agudização</u> Nº de utentes da ECCI Lagoa	60%	Junho 2013
<u>Nº de utentes da ECCI Lagoa com aumento da independência nas Atividades de Vida Diárias</u> Nº de utentes da ECCI Lagoa	60%	Junho 2013
<u>Nº de utentes da ECCI Lagoa sem úlcera de pressão</u> Nº de utentes da ECCI Lagoa	75%	Junho 2013

1.4.4 – Seleção de Estratégias

Esta fase do processo de planeamento constitui-se como fundamental, pois permite definir os procedimentos que mais se adequam tendo em vista a redução do problema identificado, através do alcance dos objetivos traçados (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, no projeto “Juntos no Cuidar” foram definidas as seguintes estratégias de intervenção, de acordo com os objetivos operacionais delineados:

Quadro 17 – Estratégias para os Objetivos Operacionais

Objetivos	Estratégias
1) Criar um modelo de intervenção de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores informais dos utentes integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com várias entidades com responsabilidade social na comunidade abrangida, para criar o seu envolvimento no projeto; - Reunião com os cuidadores informais para fomentar o seu envolvimento; - Elaboração de um plano formativo dirigido aos cuidadores informais a realizar em cada freguesia do concelho de Lagoa; - Criação de grupo de apoio entre pares, dinamizado pelas psicólogas do GASP.
2) Promover o desenvolvimento de competências nos cuidadores informais relacionadas com o auxílio na realização das atividades de vida diárias das pessoas dependentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Sessões de Educação para a Saúde sobre ser cuidador e sobre cuidados de higiene oral na pessoa dependente; - Demonstração de várias técnicas relacionadas com a ajuda na realização das atividades de vida diárias.
3) Promover o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores informais.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Sessões de Educação para a Saúde sobre atividade física e atividades de lazer; sobrecarga emocional e apoios sociais na comunidade; - Criação de grupo de apoio entre pares, dinamizado pelas psicólogas do GASP.
4) Desenvolver conhecimentos nos cuidadores informais para a execução da técnica correta de posicionamento da pessoa cuidada no leito.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre a promoção da autonomia; - Demonstração de técnicas relacionadas com o posicionamento e mobilização no leito.

1.4.5 – Estrutura do Projeto

A estrutura do projeto representada pela Work Breakdown Structure (WBS) consiste na organização e definição do âmbito do projeto, através da fragmentação das fases do projeto por níveis, em que a apresentação descendente dos níveis significa um aumento da definição dos pormenores dessas mesmas fases (Lapão, 2010).

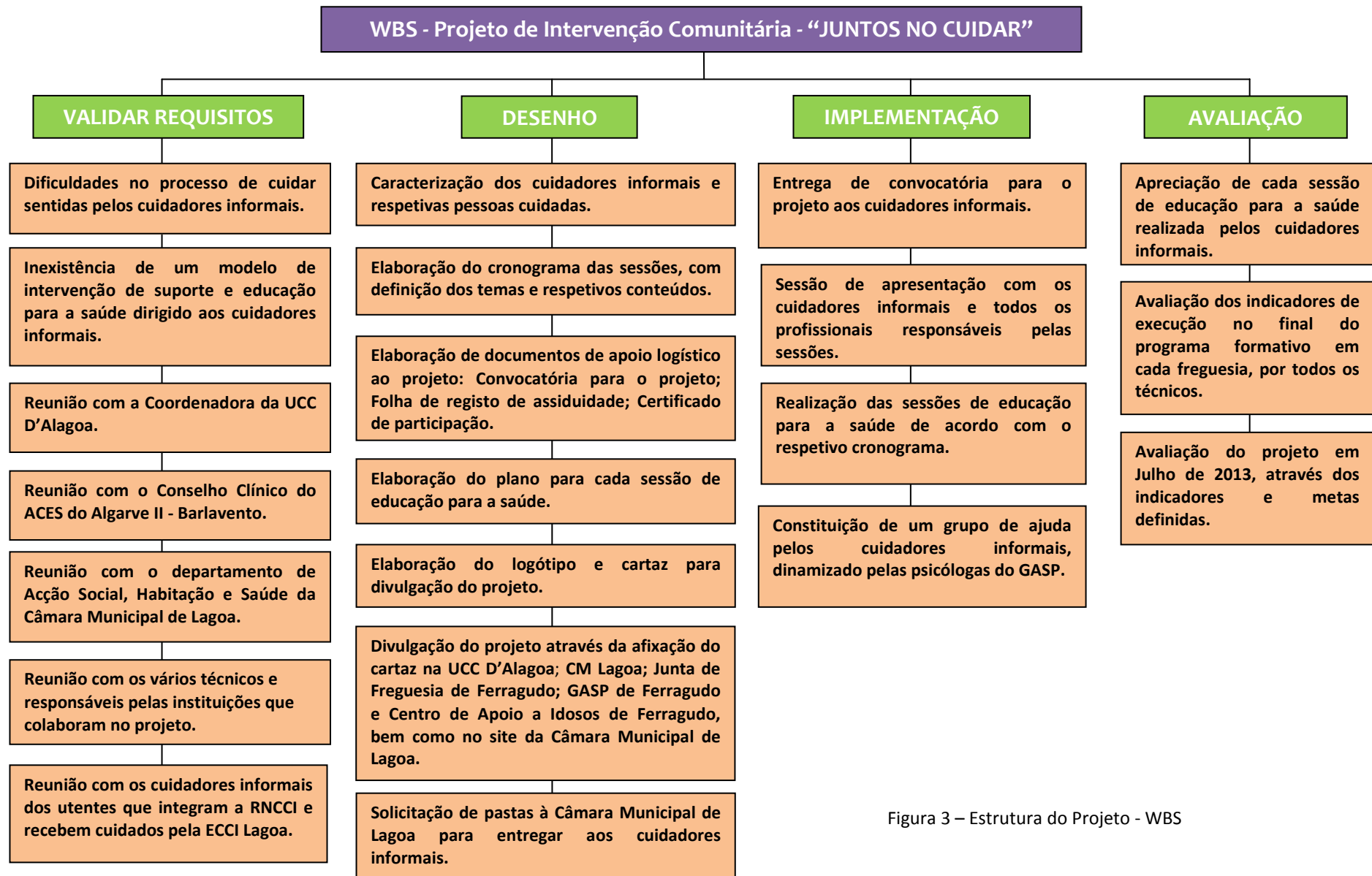


Figura 3 – Estrutura do Projeto - WBS

1.4.6 – Estimativa de Custos

A estimativa de custos refere-se essencialmente aos custos dos recursos necessários para a realização das atividades do projeto, de forma a que um projeto decorra num orçamento determinado e aprovado (Lapão, 2010).

Quadro 18 – Estimativa de Custos

ESTIMATIVA DE CUSTOS						
Recursos		Unidade	Custo unitário	Quantidade	Custo total	Situação
Humanos	Educador Social	hora	€ 7,78	12 h	€ 93,36	Pertencente à CMLagoa e CAI - Ferragudo
	Enfermeiro	hora	€ 6,73	15 h	€ 100,95	Pertencente à UCC D’Alagoa
	Fisioterapeuta	hora	€ 7,29	12 h	€ 87,48	Pertencente à UCC D’Alagoa
	Higienista Oral	hora	€ 7,29	12 h	€ 87,48	Pertencente à UCC D’Alagoa
	Psicólogo	hora	€ 7,78	12 h	€ 93,36	Pertencente aos GASP
	Prof. Educação Física	hora	€ 8,60	12 h	€103,20	Pertencente à CMLagoa
Materiais	Computador Portátil	unidade	€ 500	1	€ 500	Requisitar ao CSLagoa
	Videoprojetor	unidade	€ 500	1	€ 500	Requisitar ao CSLagoa
	Impressora	unidade	€ 100	1	€ 100	Existente na UCC D’Alagoa
	Toner	unidade	€ 50	1	€ 50	Adquirir
	Papel A4	resma	€ 4	3	€ 12	Adquirir
	Cartazes	unidade	€ 20	5	€ 100	Suportado pela CMLagoa
	Pastas de cartão	unidade	€ 4	40	€ 160	Suportado pela CMLagoa
Custo Efectivo					€ 1987,83	
Custo acrescido ao normal funcionamento da UCC D’Alagoa					€ 62	

1.4.7 – Gestão do Risco

Risco é entendido como uma medida da probabilidade e consequência de não serem alcançados os objetivos de um projeto. Importa assim identificar os fatores de risco, analisá-los e responder com medidas de controlo, que se constitui num processo de gestão do risco de um determinado projeto (Lapão, 2010).

No quadro abaixo, serão apresentados os perigos identificados e o risco a que correspondem, bem como medidas de controlo para minimizar os efeitos e assim diminuir o risco, que passa essencialmente pela ineficácia do projeto.

Quadro 19 - Controlo do Risco

Perigo	Risco	Medidas de Controlo
Desconhecimento do Projeto	Baixa adesão dos cuidadores.	Reforço da divulgação do projeto sempre que a ECCI contacta com os cuidadores.
Absentismo do Formador	Baixo número de sessões.	Definição prévia de formadores substitutos em cada temática.
Absentismo do Formando	Baixa adesão às sessões de educação para a saúde.	Reforço da data da próxima sessão sempre que a ECCI contacta com os cuidadores.
	Incompreensão da informação veiculada.	Avaliação de pontos positivos e negativos no final de cada sessão.
	Abandono do projeto por parte dos cuidadores.	

1.4.8 – Entidades/Pessoas envolvidas no Projeto (Stakeholders)

Stakeholders de um projeto, são pessoas ou organizações que estão ativamente envolvidas no projeto, ou que podem ser afetados pela execução do mesmo (Lapão, 2010).

Desta forma identificámos os seguintes stakeholders deste projeto:

✓ **Gestor do projeto**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Cristina Francisco (Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa).

✓ **Cliente / utilizador**

Cuidadores Informais dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa.

✓ **Membros da equipa de projeto**

A equipa de projeto é constituída por profissionais de diversas áreas: saúde, social e educação, pertencentes a diferentes entidades da comunidade, e que contribuem para a execução do projeto, como em seguida se descreve:

♦ Educadoras Sociais

Encontram-se afetas à Câmara Municipal de Lagoa; Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo e Gabinetes de Apoio Social de Proximidade de Ferragudo, Parchal, Carvoeiro e Porches. São responsáveis pelo planeamento e execução da sessão de educação para a saúde relativa aos Apoios Sociais na Comunidade, e cada uma participa de acordo com a freguesia onde o projeto se desenvolve. Este aspeto é importantíssimo para o estabelecimento de uma relação de proximidade, que se pretende com a implementação do projeto, entre os cuidadores informais e os técnicos de referência representantes das instituições que os podem apoiar no seu processo de cuidar, na área de abrangência da sua freguesia.

♦ Enfermeiros

Exercem funções na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, que sendo multidisciplinar, contém quatro enfermeiros. São os elementos de toda a equipa de projeto que melhor conhecem a população do projeto, devido ao trabalho diário que desenvolvem no domicílio das pessoas que estão confiadas aos cuidadores informais. Deste modo, constituem-se como um elo de ligação entre os cuidadores informais e os restantes elementos da equipa, estando presentes em todas as sessões de educação para a saúde. A seu cargo fica a primeira sessão, com o tema Ser Cuidador, onde serão abordados aspetos relativos ao auxílio prestado pelo cuidador informal na realização das atividades de vida diárias da pessoa dependente.

♦ Fisioterapeuta

Pertence, tal como os enfermeiros, à Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, e através da sua prática no domicílio, também conhece alguns cuidadores informais que integram o projeto. A sua intervenção no projeto passa pelo aprofundamento do tema

Promoção da Autonomia, que ao beneficiar a pessoa cuidada incentivando a sua participação e colaboração no processo de cuidar, contribuirá para o alívio da sobrecarga que a dependência exerce sobre aqueles que cuidam.

♦ Higienista Oral

Exerce funções na Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, e foi solicitada a sua colaboração, para desenvolver o tema Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente, apresentado numa das sessões de educação para a saúde. O seu envolvimento no projeto passa também por ficar como consultor da Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa, no que respeita às questões relacionadas com a saúde oral, deslocando-se ao domicílio dos utentes sempre que o caso o justifique.

♦ Professores de Educação Física

Encontram-se na dependência da Câmara Municipal de Lagoa, afetos ao departamento do desporto e cultura, e têm desenvolvido um vasto trabalho na comunidade através da implementação de classes de ginástica em todas as freguesias do concelho, dirigidas à população adulta. A sua participação no projeto constitui uma mais-valia pelo incentivo que farão à prática de atividade física, abordando os seus benefícios e divulgando as iniciativas que o município promove nesta área, ao alcance de todos os cuidadores informais que desejem participar.

♦ Psicólogas

Exercem funções nos Gabinetes de Apoio Social de Proximidade, criados pela Câmara Municipal de Lagoa com o intuito de intervir de modo integrado, nas situações de carência económica e fragilidade social, nas freguesias do concelho. Assim, estas profissionais para além de apresentarem uma sessão de educação para a saúde com o tema da Sobrecarga Emocional do Cuidador Informal, darão continuidade ao projeto assumindo a organização e dinamização de um grupo de ajuda entre pares, com os cuidadores informais que desejarem integrar.

✓ **Equipa de gestão do projeto**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Cristina Francisco (Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa).

Enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa.

✓ **Sponsor**

Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa.

✓ **Influenciadores**

Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II - Barlavento;

Associação Cultural Desportiva Che Lagoense;

Câmara Municipal de Lagoa;

Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo (CAI);

Centro de Apoio Social de Porches (CASP);

GASP – Gabinetes de Apoio Social de Proximidade – Ferragudo, Parchal, Carvoeiro e Porches;

Juntas de Freguesia do Concelho de Lagoa.

1.5 – EXECUÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo apresentamos as atividades desenvolvidas no decurso do projeto, nomeadamente as que se referem às fases de validação de requisitos, desenho e implementação, pois aquando da redação do presente relatório ainda estava a decorrer esta fase, fazendo referência às atividades que se espera virem a ocorrer durante o desenvolvimento do projeto. Constituirá no fundo uma descrição da estrutura do projeto, representada na Figura 3, referindo as atividades realizadas e as que se pretendem realizar, fazendo alusão tanto ao espaço em que decorreram, como aos intervenientes das mesmas.

O enquadramento no tempo, da realização das atividades que em seguida se descrevem, encontra-se no Diagrama de Gantt (Anexo II) para completar a informação.

1.5.1 – Atividades Desenvolvidas/Em Desenvolvimento

Da prática diária dos enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, foi identificada uma problemática que se prende com dificuldades no processo de cuidar sentidas pelos cuidadores informais de pessoas com dependência em contexto domiciliário, nomeadamente no que se refere à execução de técnicas; dúvidas quanto aos recursos de apoio social e identificação de sinais e sintomas de exaustão.

Ora, uma vez que se constata a inexistência de um modelo de intervenção de suporte e educação para a saúde dirigido aos cuidadores informais, realidade comum a todas as

Equipas de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, reforça-se assim a pertinência da implementação deste projeto. No entanto, a coresponsabilização dos cuidadores informais pelos cuidados prestados à pessoa com dependência, apenas se torna possível mediante a aquisição e otimização de competências que lhes permitam realizar plenamente o ato de cuidar.

Demos deste modo início ao projeto “Juntos no Cuidar”, começando por reunir com as várias entidades a envolver no seu desenvolvimento, que se passam a descrever:

➤ **Reunião com a Coordenadora da UCC D’Alagoa**

Esta reunião teve lugar no dia 13 de Junho de 2011, com a Enfermeira Especialista Anabela Simões, que apesar ainda da não existência formal da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, o que ocorreu a 22 de Setembro, dia da sua inauguração, encontrava-se num período prévio em que os programas a ela afetos no que diz respeito à sua orientação e operacionalização já estavam sob a responsabilidade da atual coordenadora. Deste modo, foi apresentado o projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar”, referindo-nos à problemática subjacente, ao objetivo da sua implementação, população alvo, bem como as estratégias previstas para a sua execução.

De referir que por parte da coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa, houve desde este primeiro momento a receptividade para o desenvolvimento do projeto, manifestando o seu agrado pela iniciativa, tal como a sua disponibilidade em colaborar naquilo que da sua parte dependesse.

➤ **Reunião com o Conselho Clínico do ACES do Algarve II – Barlavento**

Foi realizada no dia 05 de Julho de 2011, no Centro de Saúde de Portimão, com a Enfermeira Especialista Maria do Carmo Pacheco, Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e Dra. Angélica Aleixo, Presidente do Conselho Clínico, tendo sido apresentado o projeto “Juntos no Cuidar” e entregue documento (Anexo III) com os seguintes elementos: Problema Identificado; População; Área de Intervenção; Objetivos e Stakeholders.

O projeto foi aceite tendo sido realçada a sua importância no âmbito da promoção da saúde relativamente ao grupo específico da comunidade constituído pelos cuidadores informais, bem como o facto deste tipo de intervenção ser pioneira no Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento. Tendo em conta que o plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa se encontrava em fase de construção, foi referido que

este projeto integraria o referido plano, como uma das atividades a desenvolver no âmbito do programa da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

➤ **Reunião com o departamento de Ação Social, Habitação e Saúde da Câmara Municipal de Lagoa**

Ocorreu no dia 08 de Julho de 2011, no departamento de Ação Social, Habitação e Saúde, sediado no edifício principal da Câmara Municipal de Lagoa, com a responsável de departamento Dra. Sandra Generoso. Procedemos à apresentação do projeto “Juntos no Cuidar” com o intuito de solicitar colaboração, no que diz respeito à cedência de instalações e técnicos, afetos a instituições parceiras no âmbito de protocolos de cooperação técnica e concessão financeira com a referida autarquia, tais como: Associação Cultural Desportiva Che Lagoense; Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo (CAI); Centro de Apoio Social de Porches (CASP); GASP – Gabinetes de Apoio Social de Proximidade – Ferragudo, Parchal, Carvoeiro e Porches e Juntas de Freguesia do Concelho.

Foi também solicitada articulação com o Banco de Voluntariado LAGOASOCIAL, um projeto que a Câmara Municipal de Lagoa promove, e do qual tivemos conhecimento através do seu site, pois considerávamos ser uma mais-valia para o projeto “Juntos no Cuidar”, na medida em que iria beneficiar os cuidadores informais, minorando o isolamento social, muitas vezes presente nesta população específica.

O projeto foi acolhido com agrado evidenciando o seu carácter de intervenção comunitária e de articulação entre a saúde e os vários parceiros comunitários, referindo-se que ainda não é uma realidade tão presente como o desejável. Neste sentido, e tendo em conta o reconhecimento dos benefícios que este projeto pretende trazer para aqueles que cuidam e que são cuidados, residentes no município de Lagoa, a Dra. Sandra procederá aos devidos contactos com as instituições parceiras supra referidas. Findo estes, será posteriormente agendada reunião entre todos os intervenientes no projeto.

Quanto à articulação com o projeto Banco de Voluntariado LAGOASOCIAL, considerado igualmente como uma atividade fundamental a implementar, fomos informados que este ainda não se encontra na sua fase de operacionalização, aguardando apenas parecer de entidade externa à instituição. No entanto, ficou o compromisso de que assim que a situação esteja regularizada, seremos contactados para avançar com a referida articulação.

➤ **Reunião com os vários técnicos e responsáveis pelas instituições que colaboram no projeto**

Por envolver várias pessoas e entidades, e por estarmos num período apreciado para marcação de férias, apenas foi possível realizar a reunião no dia 05 de Setembro de 2011, na sala de reuniões do Centro de Saúde de Lagoa, onde foi apresentado formalmente o projeto aos representantes das seguintes entidades intervenientes: Associação Cultural Desportiva Che Lagoense; Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo (CAI); Centro de Apoio Social de Porches (CASP); GASP – Gabinetes de Apoio Social de Proximidade – Ferragudo, Parchal, Carvoeiro e Porches; Juntas de Freguesia do Concelho e Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa. A colaboração no projeto apresentado foi unânime e demonstrada disponibilidade em participar de acordo com o solicitado a cada um.

➤ **Reunião com os Cuidadores Informais dos utentes que integram a RNCCI e recebem cuidados pela ECCI Lagoa**

Esta reunião teve lugar no dia 27 de Setembro, na sala de reuniões do Centro de Saúde de Lagoa, com os cuidadores informais dos utentes que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e recebem cuidados domiciliários pela nossa equipa, com o intuito de apresentar o projeto “Juntos no Cuidar” e solicitar a sua colaboração na definição dos temas a abordar nas sessões de educação para a saúde, de acordo com as necessidades por eles sentidas. Foi também nossa pretensão, envolvê-los no projeto, para que, desde o seu início, se sentissem como parte integrante do mesmo e não apenas, meros recetores de algo com que não se identificam totalmente.

Após realizadas as reuniões necessárias, envolvendo os vários parceiros comunitários no projeto, passámos ao desenvolvimento das seguintes atividades:

➤ **Caracterização dos Cuidadores Informais e respetivas pessoas cuidadas**

De modo a conhecer mais concretamente a população alvo deste projeto, foi realizada uma pesquisa de dados relativamente aos cuidadores informais no programa informático Gestcare (específico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), no programa informático SINUS, nos processos dos utentes, bem como através dos contactos que a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa estabelece durante a prestação de cuidados e

aquando da reunião que ocorreu na fase de validação de requisitos. A referida caracterização encontra-se no subcapítulo 1.4.1 relativo ao diagnóstico.

Não poderíamos deixar também de caracterizar as pessoas cuidadas pelos cuidadores informais descritos, uma vez que as necessidades e dificuldades apresentadas por estes, dependem não só de constrangimentos pessoais como também de vários fatores inerentes à pessoa que cuidam, nomeadamente: grau de dependência, idade e patologia.

➤Elaboração do cronograma das sessões, com definição dos temas e respetivos conteúdos

De acordo com as necessidades identificadas pelos cuidadores informais, foi construído um modelo de intervenção de suporte e educação para a saúde, que em seguida se apresenta, do qual fazem parte sessões de educação para a saúde, onde serão abordados os seguintes temas: Ser Cuidador; Promoção da Autonomia; Sobrecarga Emocional do Cuidador Informal; Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente; Apoios Sociais na Comunidade e Bem-Estar Físico. No quadro abaixo, é assim apresentado o plano das sessões de educação para a saúde, com os temas supracitados e respetivos conteúdos, bem como o formador e duração de cada sessão.

Quadro 20 – Plano das Sessões de Educação para a Saúde

Projeto de Intervenção Comunitária – “Juntos no Cuidar” Sessões de Educação para a Saúde			
Tema da Sessão	Conteúdos	Formador	Duração
1 – <u>Ser Cuidador</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Projeto; • Cuidar a pessoa dependente (alimentação, eliminação vesical e intestinal; prevenção das úlceras de pressão; cuidados de higiene e conforto; medicação). 	Enfermeiros	1h30
2 – <u>Promoção da Autonomia</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento e Mobilizações; • Atividade Física • Transferências e AVD’S; • Ajudas Técnicas. 	Fisioterapeuta	1h
3 – <u>Sobrecarga Emocional do Cuidador</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos e Emoções do Cuidador; • Sintomas; • Prevenção de Burnout. 	Psicóloga	1h
4 – <u>Saúde Oral no Idoso e Pessoa</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomia da cavidade bucal; • Principais patologias da cavidade oral em idosos e pessoas dependentes; 	Higienista Oral	1h

<u>Dependente</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre patologias da cavidade oral e patologias do resto do corpo; • Formas de prevenir patologias da saúde oral. 		
5 – <u>Apoios Sociais na Comunidade</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Regimes; • Complementos por Dependência; • Cartão social; • Banco de Voluntariado Social; • GASP’S; • Teleassistência; • IPSS’S de Apoio. 	Educadora Social	1h
6 – <u>Bem-estar Físico</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências; • Jogos de Interação; • Intervenções não farmacológicas para diminuir o stress do cuidador. 	Prof. Ed. Física	1h30
7 – <u>Encontro Convívio</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciação das sessões; • Lanche e animação cultural. 	Todos os técnicos	1h30

Quanto ao tempo de duração das sessões, ficou definido entre os responsáveis pelas sessões de educação para a saúde, que estas demorariam no máximo 90 minutos tendo em conta o grau de literacia e a faixa etária a quem se dirigem. Cada sessão será sempre precedida de 10 minutos em que serão utilizadas dinâmicas de grupo (definidas por cada responsável das sessões de educação para a saúde), no sentido de proporcionar uma maior interação entre todos os elementos.

No final de cada sessão de educação para a saúde, os cuidadores informais são convidados a fazer uma avaliação global da sessão, utilizando uma metodologia que passa pela existência de um alvo, constituído por cinco círculos, em que cada um corresponde a um dos seguintes níveis: Excelente; Muito Bom; Bom; Suficiente e Insuficiente.

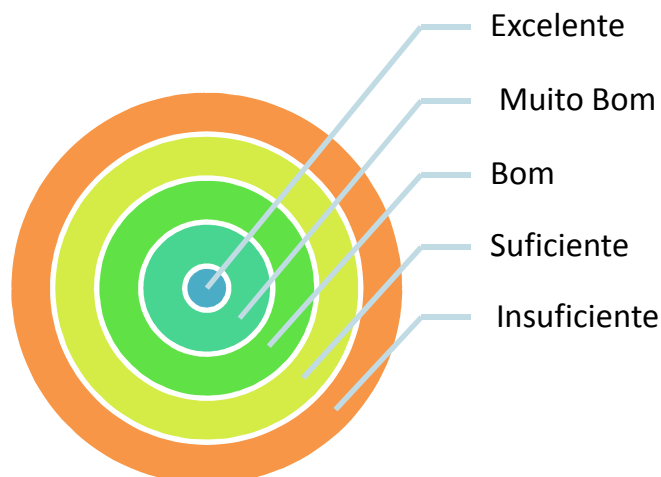


Figura 4 - Instrumento para Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

O alvo feito em cartolina e de tamanho A3, é colocado numa parede à saída da sala, e entregue no final da sessão um número em papel autocolante, referente à ordem da sessão em causa, para que os cuidadores informais possam colocá-lo no referido alvo, de acordo com a sua apreciação. Foi escolhida esta metodologia por nos parecer mais adequada, tendo em conta o grau de literacia e faixa etária dos cuidadores informais, comparativamente com uma avaliação pormenorizada da sessão.

Nas sessões procurar-se-á que esteja sempre presente um membro da equipa de gestão do projeto, para além do profissional responsável pela sessão.

O plano supra apresentado no Quadro 20, será replicado em todas as freguesias do concelho de Lagoa, de modo a proporcionar equidade e acessibilidade a todos os cuidadores informais, de acordo com a seguinte distribuição:

Quadro 21 - Distribuição das Sessões de Educação para a Saúde pelas Freguesias do Concelho de Lagoa

Sessões de Educação para a Saúde			
Freguesias	Início	Fim	Reunião de Avaliação
Ferragudo	01 Março 2012	19 Abril 2012	26 Abril 2012
Lagoa	03 Maio 2012	14 Junho 2012	21 Junho 2012
Parchal	06 Setembro 2012	18 Outubro 2012	25 Outubro 2012
Estômbar	08 Novembro 2012	20 Dezembro 2012	03 Janeiro 2013
Carvoeiro	10 Janeiro 2013	21 Fevereiro 2013	28 Fevereiro 2013
Porches	07 Março 2013	18 Abril 2013	02 Maio 2013

A sétima e última sessão, corresponde a um encontro convívio, que contará com a presença de todos os profissionais responsáveis pelas sessões, onde inicialmente se fará uma apreciação global do projeto “Juntos no Cuidar”, através de um momento de diálogo com os cuidadores informais, ao que se segue um lanche convívio com animação cultural (contributo dado pelas instituições onde decorrem as sessões), entrega de um certificado de participação a cada cuidador informal que participou nas sessões e proposta de criação de um grupo de ajuda entre pares, dinamizado pela psicóloga do Gabinete de Apoio Social de Proximidade.

➤ **Elaboração de documentos de apoio logístico ao projeto**

Segue-se a descrição dos documentos elaborados com o intuito de auxiliarem na consecução dos objetivos do projeto.

Considerámos pertinente elaborar uma Convocatória para o Projeto (Anexo VII), de modo a reforçar a informação transmitida oralmente no que se refere à data, hora e local para o início das sessões de educação para a saúde, bem como os temas que serão abordados nas sessões. Será impresso em tamanho A6 e com informação na frente e no verso.

De modo a possuímos dados que nos permitissem avaliar os indicadores de execução traçados para este projeto, criámos uma folha de Registo de Assiduidade (Anexo VIII) a preencher em cada sessão de educação para a saúde.

Elaborámos ainda um Certificado de Participação (Anexo IX) que será entregue na 7ª sessão a todos os cuidadores informais que participaram nas sessões de educação para a saúde.

➤ **Elaboração do plano para cada sessão de educação para a saúde**

Para cada sessão de educação para a saúde foi elaborado um plano da sessão, da responsabilidade do profissional que apresenta a sessão, onde constam os seguintes elementos: Tema da sessão; Grupo a que se destina; Local onde ocorre; Data; Hora; Objetivos geral e específicos; Conteúdos abordados; Metodologia utilizada e Tempo de duração. O modelo do plano da sessão a ser preenchido por cada profissional responsável pela mesma, encontra-se no Anexo IV.

➤ **Elaboração do logótipo e cartaz para divulgação do projeto**

Com a elaboração do logótipo (Figura 5) pretendemos criar uma representação gráfica para o projeto “Juntos no Cuidar” e deste modo promovê-lo, utilizando-se a figuração de duas pessoas, em que uma representa o cuidador informal e a outra o cuidador formal ou recurso da comunidade, que ao se juntarem esboçam a forma de um coração, símbolo do cuidar onde no centro está representada a casa, que no caso concreto deste projeto, é o local onde decorre o processo de cuidar por lá se encontrar a pessoa com dependência.



Figura 5 – Logótipo do Projeto de Intervenção Comunitária “Juntos no Cuidar”

Relativamente ao cartaz (Anexo V) contámos com a colaboração do Departamento de Comunicação e Imagem da Câmara Municipal de Lagoa, que assumiu todos os encargos relativos à sua criação e impressão em formato A3. Como o projeto será replicado em todas as freguesias do concelho, para cada uma delas será elaborado um novo cartaz com o local atualizado. O logótipo do projeto não pôde ser utilizado no cartaz devido a constrangimento colocado pelo criador do cartaz, situação que não foi possível resolver em tempo útil, pois por motivos financeiros o cartaz teve de seguir obrigatoriamente para impressão.

➤ **Divulgação do projeto através da afixação do cartaz e site da Câmara Municipal de Lagoa**

Apesar da população alvo do projeto estar identificada e ser convocada pessoalmente, consideramos que a divulgação junto da comunidade dos projetos de intervenção comunitária é indispensável para garantir que a informação chegue ao maior número de pessoas, uma vez que a efetiva divulgação de um projeto se torna fundamental para o alcance dos objetivos a que este se propõe.

Deste modo, o cartaz (Anexo V) foi afixado nos seguintes locais: Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa; Câmara Municipal de Lagoa; Junta de Freguesia de Ferragudo; Gabinete de Apoio Social de Proximidade de Ferragudo e Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo.

Foi também publicada uma nota de imprensa bem como o referido cartaz, no site da Câmara Municipal de Lagoa.

➤ **Solicitação de pastas à Câmara Municipal de Lagoa para entregar aos Cuidadores Informais**

Julgámos pertinente entregar na primeira sessão de educação para a saúde, uma pasta a cada cuidador informal participante, que lhe possibilitaria colocar todas as informações em suporte de papel entregues pelo formador em cada sessão de educação para a saúde, tendo sido solicitada mais uma vez colaboração à Câmara Municipal de Lagoa, a qual acedeu prontamente ao nosso pedido. Assim, foram-nos cedidas pastas de tamanho A4, em cartão, onde colocámos no seu interior uma Folha de Rosto (Anexo VI) que elaborámos para o efeito, com a identificação do projeto e no verso o cronograma das sessões de educação para a saúde. Nas pastas constavam igualmente folhas brancas, para anotações que os cuidadores informais pretendessem fazer.

As atividades que se acabam de descrever contribuíram para a fase de implementação do projeto “Juntos no Cuidar” que se encontra a decorrer, com as seguintes atividades em curso:

➤ **Entrega de convocatória para o projeto aos cuidadores informais de Ferragudo**

A entrega teve lugar ao longo da semana compreendida entre 20 e 24 de Fevereiro de 2012 por anteceder a do início das sessões, o que ocorreu a 01 de Março de 2012. Será entregue aos cuidadores informais pelos enfermeiros e fisioterapeuta da Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa, aquando das visitas domiciliárias para a prestação de cuidados.

➤ **Sessão de apresentação com os cuidadores informais e todos os profissionais responsáveis pelas sessões**

Esta sessão foi coincidente com a 1ª sessão de educação para a saúde, tendo ocorrido no início através de uma breve explicação do projeto “Juntos no Cuidar” e da apresentação dos profissionais responsáveis pelas sessões, durante a qual disseram o seu nome, perfil profissional e muito resumidamente o conteúdo da sessão que lhe estava confiada. Passámos em seguida à apresentação dos cuidadores informais, onde disseram o seu nome e as expectativas que traziam em relação ao projeto.

➤ **Realização das sessões de educação para a saúde de acordo com o respetivo cronograma**

As sessões de educação para a saúde tiveram início a 01 de Março de 2012, na sala convívio do Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo, com a periodicidade de uma vez por semana em dia fixo, que por consenso entre profissionais e cuidadores informais ficou estipulado ser à 5ª feira.

Na 1ª sessão de educação para a saúde foi entregue a cada participante, uma pasta com o respetivo cronograma das sessões e preenchida a folha de presenças. Como já tinha havido um momento de apresentação inicial, deu-se início à apresentação da sessão, de acordo com o plano elaborado previamente para a mesma. No final foi explicado o método de avaliação já descrito anteriormente, na fase do desenho deste projeto, e convidados os participantes a procederem à referida avaliação da sessão, salientando a sua importância no alcance dos objetivos a que nos propusemos com a implementação do projeto “Juntos no Cuidar”.

À data de entrega do presente relatório, tinham sido realizadas cinco sessões de educação para a saúde.

1.5.2 – Atividades a Desenvolver

O projeto iniciado vai ter continuidade após a entrega deste relatório, pelo que em seguida nos referimos a uma atividade que ocorrerá posteriormente:

➤ **Constituição de um grupo de ajuda pelos cuidadores informais, dinamizado pelas psicólogas do GASP**

Na 7ª e última sessão, será proposto para os Cuidadores Informais que estejam interessados em participar, a criação de um grupo de ajuda entre pares, dinamizado pela psicóloga do Gabinete de Apoio Social de Proximidade – Ferragudo, que apresentou a 3ª sessão de educação para a saúde, intitulada, Sobrecarga Emocional do Cuidador Informal. Caso o grupo adira a esta iniciativa, será depois entre todos, definido o dia da semana, bem como a periodicidade para a realização dos encontros, ficando a organização e execução totalmente a cargo da referida psicóloga.

1.6 – AVALIAÇÃO

A avaliação pressupõe a confrontação da situação atual com um valor de referência, nomeadamente objetivos ou metas, de modo a aferir as intervenções realizadas e determinar medidas corretivas (Imperatori & Giraldes, 1982). Deste modo, no projeto ora descrito teremos momentos de avaliação intermédios e a avaliação final, uma vez que se irá replicar o projeto em todas as freguesias do concelho de Lagoa.

Assim, no final de cada plano formativo, correspondente a cada freguesia, será realizada na semana seguinte uma avaliação dos indicadores de execução, de acordo com o programado no Quadro 21, em que estarão presentes todos os técnicos intervenientes no projeto, tomando também em consideração a avaliação realizada pelos cuidadores informais no final de cada sessão, de acordo com a descrição feita anteriormente. Isto permitirá uma reflexão acerca das estratégias que deverão ser mantidas e aquelas que devem ser alteradas para alcançarmos as metas a que nos propusemos. Será também um momento de partilha acerca das dificuldades sentidas, bem como acerca da satisfação em participar na operacionalização do projeto, fomentando a importância da concertação de esforços quando se trabalha na comunidade, com ela e para ela.

A avaliação final terá lugar em Julho de 2013, momento em que se prevê que o projeto tenha sido realizado em todas as freguesias do concelho, para a qual serão convocados novamente todos os técnicos que intervieram no projeto, para estimar os resultados obtidos com base na avaliação feita através dos objetivos, indicadores e metas.

A indispensabilidade desta fase no decurso do projeto e a sua importância são inquestionáveis, uma vez que através da avaliação torna-se possível verificar se as intervenções realizadas estão a contribuir para o alcance dos objetivos definidos para o projeto. Deste modo, permite-nos assim um controlo do que se encontra em execução, pela comparação com as metas esperadas, possibilitando a implementação de ações corretivas com o intuito de melhorar e atingir assim os objetivos operacionais (Imperatori & Giraldes, 1982).

Podemos dizer que estamos perante um projeto caracterizado por algum dinamismo no que diz respeito à sua implementação, pois ao longo do biénio estão planeadas avaliações intercalares, a ocorrerem no término de cada plano formativo desenvolvido em cada uma das freguesias do concelho, o que trará possível a realização dos ajustes necessários para que o projeto se torne o mais eficaz e eficiente possível.

2 – LIMITAÇÕES

Neste capítulo pretendemos referir alguns aspetos que demarcaram a realização do projeto, sentidos em certas ocasiões como dificuldades que influenciaram o seu decurso.

Assim, ao refletirmos acerca das limitações deste projeto, destacamos primeiramente o aspeto relacionado com a população alvo do projeto ser muito flutuante, pois devido a fatores como: internamentos hospitalares; encaminhamento para outras tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Unidades de Internamento); mudança de residência quando o processo de cuidar é partilhado por outros familiares, fora da residência do utente e óbito, conduzem a uma movimentação constante de cuidadores informais com quem a Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa se relaciona. Deste modo, o período de tempo que mediou a realização do diagnóstico e a implementação do projeto, acarretou algumas mudanças das características da população alvo, não possibilitando aos cuidadores informais que ingressaram no período pós-diagnóstico a envolvimento no processo de planeamento, contrariamente ao que aconteceu com os restantes cuidadores.

Consideramos também a limitação relacionada com a ausência a nível nacional de uma escala validada para avaliação das necessidades dos cuidadores informais, dificultando assim a sua identificação, que se baseou na pesquisa literária realizada para a fundamentação do projeto, bem como no que os cuidadores informais vão verbalizando aos enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, nos contactos que vão tendo durante a sua prática no domicílio.

Outra limitação identificada prende-se com o facto dos cuidadores, para participarem nas sessões de educação para a saúde, necessitarem de deixar a pessoa de quem cuidam sem supervisão, o que constituiu motivo para a não adesão ao projeto por parte de alguns cuidadores convocados. Fica assim realçada a indispensabilidade de se criarem redes de voluntariado na comunidade, que com a devida formação, possam vir a apoiar no domicílio os cuidadores informais, permitindo-lhes que por alguns momentos se ausentem de casa, sem a preocupação constante de como estará a pessoa de quem cuidam.

Decorrente da limitação anteriormente referida, surge a definição do número de sessões, que não puderam ser adicionadas, muito embora se identificasse que haveria necessidade de se abordarem outros temas, nomeadamente: gestão do regime terapêutico, morte no domicílio e processo de luto.

Consideramos também pertinente referir neste contexto, a impossibilidade que tivemos de integrar neste projeto o apoio de voluntários aos cuidadores informais, uma vez que o Banco de Voluntariado LAGOASOCIAL que a Câmara Municipal de Lagoa promove, ainda não se encontra na fase de operacionalização, aguardando apenas parecer de entidade externa à instituição. Sentimos que seria uma mais-valia para o projeto na medida em que iria beneficiar os cuidadores informais, minorando o isolamento social, muitas vezes presente nesta população específica. No entanto, ficou o compromisso de que assim que a situação esteja regularizada, se avance com a referida articulação, o que até à data da redação deste relatório não ocorreu.

3 – QUESTÕES ÉTICAS

A autorização para a elaboração e implementação do projeto apresentado, advém da homologação do Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa 2011-2013 pelo Conselho Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, onde o projeto “Juntos no Cuidar” está contemplado como uma das ações a desenvolver no âmbito do programa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, da carteira de serviços da referida Unidade de Cuidados na Comunidade. Deste modo, a autorização do projeto foi feita oralmente, na reunião de apresentação do projeto ao Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, realizada no dia 05 de Julho de 2011, no Centro de Saúde de Portimão, com a presença da Enfermeira Especialista Maria do Carmo Pacheco, Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e Dra. Angélica Aleixo, Presidente do Conselho Clínico.

A necessidade de se recorrer a informação acerca do utente integrado na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, bem como dos respetivos cuidadores informais, através quer do processo manual, quer dos aplicativos informáticos Gestcare e Sinus, colocam-se questões éticas relacionadas com o sigilo e o uso das informações colhidas exclusivamente para a elaboração deste projeto, que foram tidas em consideração e respeitado o anonimato das pessoas em estudo. Destaca-se neste sentido, o artigo 85.^o do Código Deontológico do Enfermeiro, mais especificamente o referido na alínea d) ao afirmar que o enfermeiro no exercício da sua profissão deve “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Portugal, Ministério da Saúde, p. 1755).

4 – IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES DO TRABALHO PARA A PRÁTICA

Os enfermeiros no âmbito das suas intervenções, de acordo com a alínea d) do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses, “Participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário” (Portugal, Ministério da Saúde, 1996, p. 2961). É neste enquadramento que os enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, desempenham as suas funções, ao prestarem cuidados domiciliários aos utentes com dependência.

Quando nos reportamos especificamente aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, são-lhes atribuídas competências para a sua prática profissional, que de acordo com o definido pelo Conselho de Enfermagem, o enfermeiro especialista “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades e integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.27).

Assim sendo, a implementação do projeto “Juntos no Cuidar” assenta nestas diretrizes ao ter como gestor um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, constituindo-se como um modelo intervenção comunitária de suporte e educação para a saúde, dirigida a um grupo específico da comunidade, constituído pelos cuidadores informais de pessoas com dependência em contexto domiciliário.

Deste modo, seguidamente apresentam-se os aspetos relacionados com os efeitos que o desenvolvimento do presente projeto terá na nossa prática, bem como perspetivas do seu progresso.

Primeiramente a implementação do projeto descrito, ao proporcionar uma relação de maior proximidade entre a equipa de cuidados continuados integrados e os cuidadores informais dos utentes a quem prestamos cuidados, permitiu-nos identificar que na prática diária da prestação de cuidados no domicílio, não dedicamos o devido tempo ao cuidador informal, fruto principalmente da escassez de recursos humanos face ao aumento progressivo da solicitação de cuidados à equipa. Deste modo, procuraremos através de outras estratégias de acompanhamento, que podem passar por exemplo, pelo contacto telefónico mais frequente, mostrar disponibilidade para atender às necessidades do cuidador informal.

Apraz-nos referir também que, com o decorrer do projeto e respetiva identificação de utilidade, manifestada pelos cuidadores informais participantes, começámos a equacionar a possibilidade de alargar a população alvo do projeto, procurando abranger todos os cuidadores informais do concelho e não apenas os que prestam cuidados aos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa. Com isto, estamos a promover a acessibilidade impedindo as desigualdades no que concerne ao acesso à informação em saúde, contribuindo para o aumento dos ganhos em saúde, quer dos que assumem a tarefa de cuidar em contexto domiciliário, quer daqueles que recebem os cuidados.

Gostaríamos ainda de nos referir a um aspeto que consideramos de uma enorme riqueza e que se prende com toda a aprendizagem de estratégias, de ordem técnica e motivacional, que nos foi proporcionada pelos cuidadores informais, através da partilha generosa que fazem em público durante as sessões de educação para a saúde. Este saber de experiência feito, com a devida orientação, enriquece todo o grupo inclusive os profissionais que não se podem esquecer do seu papel de mediadores da informação em sobreposição à atitude de únicos detentores do saber.

Consideramos também que o projeto “Juntos no Cuidar” pode constituir mais um passo no que se preconiza ser o trabalho na comunidade, pois ao envolver elementos de várias áreas e entidades, irá beneficiar não só os cuidadores informais com a oferta de diversos saberes e auxílio, como também despertar nos seus colaboradores a necessidade do reconhecimento por parte de todos os que temos responsabilidades a nível social, do trabalho desenvolvido por este grupo específico da comunidade. Outra implicação igualmente importante, relativa à prática dos cuidadores informais será a de ficarem a conhecer rostos concretos de pessoas que desenvolvem a sua atividade profissional em locais da freguesia onde os cuidadores informais residem e que de alguma forma podem constituir uma mais-valia para eles, tendo nós o intuito de promover a proximidade entre os cuidadores informais e as respetivas instituições de apoio.

Espera-se assim, que a médio prazo se vão desenvolvendo outros projetos na comunidade e políticas sociais que promovam o cuidado informal em contexto domiciliário, indo ao encontro do referido no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas ao defender que o fenómeno do envelhecimento “implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados” (Direção Geral da Saúde, 2006, p. 6).

Constitui também nosso desejo que os cuidadores informais passem a ter maior visibilidade social, sentindo-se mais auxiliados e amparados na sua tarefa de cuidar, aumentando e desenvolvendo as suas capacidades e autoestima, para que as dificuldades e necessidades sentidas ao longo deste processo sejam minoradas com respostas concretas e em tempo útil, contribuindo para o seu bem-estar e daqueles que por si são cuidados. A Política SAÚDE21 para a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (1998), defende que a saúde está na base do bem-estar e da qualidade de vida, e que para tal deve passar por um processo de desenvolvimento contínuo, através da participação e responsabilização de todos, desde o nível individual ao comunitário. É neste sentido que se encontra o projeto “Juntos no Cuidar”, que com a sua implementação procura o incremento de ganhos em saúde na comunidade em que se desenvolve.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, merece pela parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os utentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade. Através da nossa atividade como enfermeiros numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados, do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento, Unidade Funcional de Lagoa, foi-nos possível identificar necessidades apresentadas pelos cuidadores informais dos utentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, relacionadas com a aprendizagem de habilidades para a consecução da tarefa de cuidar, bem como necessidades de apoio social e psicológico, identificadas também através do diagnóstico de saúde realizado e descrito no subcapítulo 1.5.1. Deparados com esta situação, surgiu a indispensabilidade de se planejar uma intervenção em saúde junto deste grupo da comunidade, no sentido da sua capacitação para a tarefa de cuidar, diminuindo o stress inerente às funções que desempenham e aumentando a sua autoestima.

Entre outros aspetos, torna-se fundamental fornecer informação e formação aos familiares/cuidadores informais, que lhes permita implementar os cuidados às pessoas dependentes em contexto domiciliário. É pois neste sentido que surge o projeto descrito no presente relatório, com a implementação do qual se espera contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, através da otimização de competências, autonomia e autoestima dos cuidadores informais e consequente satisfação das necessidades das pessoas com dependência, por eles cuidadas.

Para tal, e de modo a que as intervenções planeadas se tornem efetivas, foi desenvolvido todo um processo de sistematização, tendo recorrido para isso às etapas do planeamento em saúde e da metodologia de projeto, uma vez que estes instrumentos, quando devidamente utilizados, constituem um garante para a racionalização dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, de forma a obter ganhos em saúde com equidade e eficiência.

O projeto “Juntos no Cuidar” constitui-se assim como uma intervenção comunitária, dirigida ao grupo específico dos cuidadores informais de pessoas com dependência no domicílio, que agrega vários parceiros da comunidade, nomeadamente os serviços de saúde, de apoio social e municipal, no sentido de responder de uma forma integrada às necessidades

identificadas por esta população. À data da redação deste relatório já nos encontramos numa fase de implementação do projeto, e após análise SWOT realizada, identificámos o seguinte:

Como Pontos Fortes temos o facto do projeto se desenvolver na Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa em que a sua missão passa pelo trabalho junto da comunidade e assim o seu âmbito encontra-se perfeitamente enquadrado. Outro aspeto importante prende-se com o facto de o projeto ser uma das atividades desenvolvida pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa, que sendo multidisciplinar presta apoio de saúde e social às pessoas dependentes em contexto domiciliário, constituindo um recurso para os cuidadores informais. Por outro lado, a integração dos elementos afetos aos Gabinetes de Apoio Social de Proximidade do concelho, constitui mais um ponto forte do projeto, uma vez que se promove mais um recurso comunitário disponível para os cuidadores informais, ao mesmo tempo que os técnicos afetos a ele, ampliam o conhecimento acerca da população com quem trabalham.

Quanto aos Pontos Fracos, referimos a ausência de resposta de serviço de apoio domiciliário para a realização das atividades de vida diárias que afeta a população de Porches, o que constitui um problema, pondo muitas vezes em causa a permanência no domicílio da pessoa com dependência, tendo a família que recorrer, por não ter alternativa, à institucionalização do seu familiar e neste sentido o desenvolvimento do projeto nesta freguesia ser menos ajustado.

Como Oportunidades, realçamos a futura colaboração do Banco de Voluntariado LAGOASOCIAL promovido pela Câmara Municipal de Lagoa, em que o projeto adquire mais uma vertente de intervenção constituindo assim uma mais-valia para os cuidadores informais.

Relativamente às Ameaças, destacamos essencialmente a realidade da conjuntura política que estamos a viver e que possa implicar diminuição dos recursos humanos das entidades envolvidas no projeto, pondo em causa a sua continuidade.

Deste modo, esperamos que o projeto “Juntos no Cuidar” alcance o grande objetivo de contribuir para cuidar daqueles que cuidam, promovendo simultaneamente a qualidade dos cuidados que prestam. No entanto, consideramos que este é apenas o início de um trabalho que tem de continuar a ser desenvolvido ao nível dos serviços de apoio comunitário (saúde, social, municipal) para que esta realidade se torne acessível a todos os que heroicamente assumem nos dias de hoje o papel de cuidador informal, apesar das várias dificuldades (económicas, sociais, laborais, familiares) com que se deparam ao longo de todo o processo de cuidar.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Câmara Municipal de Lagoa (2006). *Diagnóstico Social do Concelho de Lagoa – Rede Social*. Recuperado em 2011, Setembro 12. Disponível em http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//806/2.%20Diagn%F3stico%20Social/Diagn%F3stico%20Social.pdf

Cerqueira, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Collière, M. (1989). Promover a vida: *Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. 2ª Tiragem. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Conselho Internacional de Enfermeiros, Genebra (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (Portugal, Ordem dos Enfermeiros, trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Obra original publicada em 2008)

Devi, J., & Almazán, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo com demência. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (1), 31-37.

Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. Nº 3 (XII), p.463-473.

Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (Vol. 2). Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

GESTCARE [Aplicação para Computador]. Portugal: GESTCARE

Gonçalves, L., Alvarez, M., & Santos, S. (2000). Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 102-110.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde, obras avulsas.

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2012). *Estatísticas Mensais por Concelho*. Consultado em 2012, Março 25. Disponível em http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/ConcelhosEstatisticasMensais/Documents/2012/SIE-Desemprego_Registado_por_concelhos_fev2012.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Dados Estatísticos: Censos 2001*. Consultado em 2011, Setembro 26. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=censos+2001&frm_imgPesquisar=++

Instituto Nacional de Estatística (2008). *Anuário Estatístico da Região Algarve 2008*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Anuário Estatístico da Região Algarve 2008*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: INE, I.P.

Lacerda, M., Giacomozzi, C., Oliniski, S., & Truppel, T. (2006). Atenção à Saúde no Domicílio: que modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e sociedade*. Vol. 15 (2), 88-95.

Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, p. 203-229.

Lapão, L. (2010). *Gestão de Projectos e de Programas em Saúde – Contexto da Enfermagem [PowerPoint slides]*. Consultado em 2010, Novembro 9. Disponível em <http://comunitariabeja@gmail.com>

Martín, I. (2005). *O Cuidado Informal no Âmbito Social*. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, p. 179-201.

Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.

Moreira, I. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Ministério da Saúde, Portugal (1998). *Saúde um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de Primavera –DA Depressão Da Crise PARA A Governação Prospectiva Da Saúde*. Recuperado em 2012, Janeiro 18. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Autor. Recuperado em 2011, Outubro 11. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx>

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Consultado a 20 de Junho 2011, pelas 22h30. Disponível no site Portal da Saúde Pública, em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

Organização Mundial de Saúde, Bureau Regional para a Europa (1998). *Saúde21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS* (Sofia Abecassis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998)

Portugal, Ministério da Saúde (1996, Setembro 4). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República, I Série-A* (205), 2959-2962.

Portugal, Ministério da Saúde (1998, Abril 21). Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República, I Série-A* (93), 1739-1757.

Portugal, Ministério da Saúde (2006, Junho 6). Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. *Diário da República, I Série-A* (109), 3856-3865.

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22). Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República, I Série* (38), 1182-1189.

Portugal, Ministério da Saúde (2009, Abril 16). Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril. *Diário da República, 2.ª Série* (74), 15438-15440.

Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direção geral da acção social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Edição. Loures: Lusociência.

Resende, M. (2006). Cuidados Domiciliários, Uma Modalidade de Intervenção *NURSING*. Ano 16, Nº 216, p. 23-25.

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010, Janeiro-Março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* (15), 1-37.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice* (1ª ed) Porto: Ambar.

SINUS [Aplicação para Computador]. Portugal: SINUS

Sorensen & Luckmann (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2011*. Recuperado em 2011, Dezembro 10. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf

ANEXOS

Anexo I – Índice de Katz

Equipa de Cuidados Continuados de Lagoa

ÍNDICE KATZ

NOME _____ Processo nº: _____

			E	S
TOMAR BANHO (esponja, chuveiro ou banheira)	INDEPENDENTE	Não precisa de ajuda (entra e sai da banheira por si se for esse o método usual de banho)		
	AJUDA	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (p. ex. costas ou pernas)		
	DEPENDÊNCIA	Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo (ou não toma banho)		
VESTIR-SE (tira a roupa dos armários ou gavetas, incluindo roupa interior, casaco, cinto ou suspensórios)	INDEPENDENTE	Pega nas roupas e veste-se completamente sem ajuda nenhuma		
	AJUDA	Pega nas roupas e veste-se sem ajuda , com exceção dos atacadores dos sapatos		
	DEPENDÊNCIA	Precisa de ajuda para pegar nas roupas ou para se vestir. Ou fica parcial ou completamente não vestido		
IR À CASA DE BANHO (ir a casa de banho para eliminação, fazer a higiene e vestir-se)	INDEPENDENTE	Vai à casa de banho, faz a higiene, e veste-se sem ajuda (mesmo usando o objeto de suporte)		
	AJUDA	Recebe ajuda para ir à casa de banho, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o WC		
	DEPENDÊNCIA	Não vai à casa de banho para fazer as necessidades		
TRANSFERÊNCIA	INDEPENDENTE	Deita-se e levanta-se da cama, senta-se e levanta-se da cadeira, sem ajuda (mesmo usando objeto de suporte)		
	AJUDA	Deita-se e levanta-se da cama, ou da cadeira, com ajuda		
	DEPENDÊNCIA	Não sai da cama		
CONTINÊNCIA	INDEPENDENTE	Controla a urina e movimentos intestinais completamente por si próprio		
	AJUDA	Tem acidentes ocasionais		
	DEPENDÊNCIA	A supervisão ajuda a manter o controle de urina ou intestino, usa algália, ou é incontinente		
ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE	Alimenta-se sem ajuda		
	AJUDA	Alimenta-se sozinho (exceto cortar carne ou barrar o pão)		
	DEPENDÊNCIA	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos		
Total:				

Anexo II – Diagrama de Gantt

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Anexo III – Documento entregue ao ACES do Algarve II - Barlavento

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária
Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Saúde de Beja

PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“Juntos no Cuidar”

UCC D’Alagoa
Unidade funcional de Lagoa – ACES do Algarve II - Barlavento

Mestranda: Cristina Francisco
Orientadora: Prof^a. Coord. Maria Manuela Pereira

Julho 2011

Problema Identificado

Dificuldades no processo do Cuidar, sentidas pelos cuidadores informais dos utentes com dependência, a receber cuidados da ECCI de Lagoa.

População

Cuidadores informais dos utentes com dependência, a receber cuidados da ECCI de Lagoa.

Área de Intervenção

Projeto de educação para a saúde de intervenção comunitária.

Finalidade do projeto

👉 Responder ao problema identificado.

👉 Dar cumprimento ao preconizado no Plano Nacional de Saúde 2004_2010

⇒ Estratégias Para Obter Mais Saúde para todos - Abordagem centrada na família e no ciclo de vida – Envelhecimento Ativo: “Os *Settings* a privilegiar, nesta fase do ciclo de vida, incluem: a família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais”.

👉 Assegurar a execução, pela equipa de cuidados continuados integrados, do referido na alínea d) do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 - “Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores”

Objetivos do Projeto

👉 Promover conhecimentos e procedimentos relativos á tarefa Cuidar, de indivíduos com dependência;

- 👉 Otimizar competências, autonomia e autoestima do cuidador;
- 👉 Reduzir os efeitos negativos e a sobrecarga que se associa à tarefa Cuidar.

Stakeholders

- 👉 Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve II – Barlavento;
- 👉 Câmara Municipal de Lagoa;
- 👉 Gabinetes de Apoio Social de Proximidade;
- 👉 IPSS's que prestam cuidados domiciliários;
- 👉 Juntas de Freguesia do Concelho de Lagoa.

Anexo IV – Modelo do Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Projeto de Intervenção Comunitária
JUNTOS NO CUIDAR
Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Tema: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____ às ____ Local: _____

Formador: _____ Perfil Profissional: _____

Objetivo: _____

Etapa	Conteúdos	Método	Recursos Materiais	Dinâmica de Grupo	Duração
Introdução					
Desenvolvimento					
Conclusão					

Anexo V – Cartaz para Divulgação do Projeto “Juntos no Cuidar”

Juntos no cuidar

Projeto de Intervenção Comunitária
Sessões de Educação para a Saúde

Destinatários

Cuidadores informais de pessoas
com dependência

Local

Centro de Apoio a Idosos
de Ferragudo



Promotor:

**D'Alagoo**
Unidade de Cuidados na Comunidade
Aces do Barlavento
Telefone: 282 340 377

 **ARS Algarve** | Ministério da Saúde

Apoio:

Município

Lagos
algarve

 **Yche**


CENTRO DE APOIO A IDOSOS
DE FERRAGUDO

Anexo VI – Folha de Rosto para Pastas

Projeto de Intervenção Comunitária

Juntos no Cuidar

Sessões de Educação para a Saúde

Destinatários: Cuidadores Informais de
pessoas com dependência

Início: 01 de Março de 2012

Hora: 15h

Local: Centro de Apoio a Idosos de
Ferragudo

Sessão	Tema	Data	Hora	Formador
1	Ser Cuidador			
2	Promoção da Autonomia			
3	Sobrecarga Emocional do Cuidador			
4	Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente			
5	Apoios Sociais na Comunidade			
6	Bem-estar Físico			
7	Encontro Final			

Observações:

Anexo VII – Convocatória para o Projeto “Juntos no Cuidar”



Projeto de Intervenção Comunitária

Juntos no Cuidar

Sessões de Educação para a Saúde

Destinatários: Cuidadores Informais de pessoas com dependência

Início: 01 de Março de 2012

Hora: 15h

Local: Centro de Apoio a Idosos de Ferragudo

Sessão	Tema
1	Ser Cuidador
2	Promoção da Autonomia
3	Sobrecarga Emocional do Cuidador
4	Saúde Oral no Idoso e Pessoa Dependente
5	Apoios Sociais na Comunidade
6	Bem-Estar Físico
7	Encontro Final

UCC D'Alagoa
Tel: 282 340 377

ucc-dalagoa@acesbarlavento.min-saude.pt

Anexo VIII – Registo de Assiduidade nas Sessões de Educação para a Saúde

“JUNTOS NO CUIDAR”



Registo de Assiduidade

De: ____/____/____ a ____/____/____

[illegible]

Anexo IX – Certificado de Participação nas Sessões de Educação para a Saúde



Certificado de Participação

Certifica-se que _____
participou na Sessões de Educação para a Saúde no âmbito do projeto “Juntos no Cuidar”,
realizadas em _____ no período de __/__/__ a __/__/__, como cuidador
informal.

_____, ____ de _____ de _____

A Coordenadora da UCC D'Alagoa

A Coordenadora da ECCI Lagoa
